الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية طب الأسنان
قسم طب أسنان الأطفال

انتشار نخور الطفولة المبكرة وتأثيرها على نوعية حياة الأطفال ما قبل المدرسة في رياض مدينة دمشق

The Prevalence of Early Childhood Caries and its Impact on the Quality of Life of Preschool Children in Damascus Kindergartens

أطروحة قدمت إلى جامعة دمشق لنيل درجة الماجستير في علوم طب الأسنان

- اختصاص طب أسنان الأطفال -

إعـــداد:

ماهر محمود فخري عبد الله

إشـراف:

الأستاذ الدكتور محمد التيناوي

أستاذ طب أسنان الأطفال

ماجستير

2013 م – 1434 هـ

الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

قرار مجلس البحث العلمي والدراسات العليا رقم / ٢٠٤٧ / المتخذ
بالجلسة رقم / ١٥ / تاريخ ٢٠١٣/٤/١٥

اطلع مجلس البحث العلمي والدراسات العليا على قرار مجلس كلية طب الأسنان رقم/ ٣٦٩ / تاريخ ٢٠١٣/٤/٤

وبعد الرجوع إلى اللائحة التنفيذية لقانون تنظيم الجامعات الصادرة بالمرسوم /٢٥٠/ لعام ٢٠٠٦ .

قرار مجلس جامعة دمشق رقم / ٤٥١٦ /ص تاريخ ٢٠١٠/٤/٢٥ بشأن الموافقة على تسجيل رسالة الطالب

يستفيد الطالب من المرسوم رقم /٣٩٣/ تاريخ ٢٠١٢/١٠/٣١ بخصوص تمديد تسجيله سنة إضافية اعتباراً من ٢٠١٣/٤/٢٥ لغاية ٢٠١٤/٤/٢٥

وبنتيجة المذاكرة قرر مجلس البحث العلمي والدراسات العليا :

الموافقة على تأليف لجنة الحكم على رسالة الماجستير في قسم طب أسنان الأطفال التي أعدها الطالب **ماهر عبد الله** بعنوان : ((انتشار نخور الطفولة المبكرة وتأثيرها على نوعية حياة الأطفال ما قبل المدرسة في رياض مدينة دمشق)) بكلية طب الأسنان من السادة الأساتذة :

د. محمد التيناوي	الأستاذ في قسم طب أسنان الأطفال	كلية طب الأسنان
جامعة دمشق	الاختصاص: طب أسنان الأطفال	عضواً مشرفاً
د. شذى قوشجي	الأستاذة المساعدة في قسم طب أسنان الأطفال	كلية طب الأسنان
جامعة دمشق	الاختصاص : طب أسنان الأطفال	عضواً
د. رنا قوشحة	الأستاذة المساعدة في قسم القياس والتقويم	كلية التربية
جامعة دمشق	الاختصاص: قياس القدرات العقلية	عضواً

وذلك وفق ما هو وارد في قرار مجلس الكلية آنف الذكر،،،

ملاحظة:يرجى إرسال نسخة عن الإعلان الخاص بتحديد موعد المناقشة فور صدوره إلى مكتب نائب رئيس الجامعة لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا.

SYRIAN ARAB REPUBLIC
Damascus University
School of Dentistry

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية طب الأسنان

قرار لجنة الحكم على رسالة الماجستير

الإخوة الزملاء –أخواتي الطلبة

بناءً على قانون تنظيم الجامعات الصادر بالقانون رقم /٦/ تاريخ ٢٠٠٦/١/٤ وعلى المادة/١٦٤/من اللائحة التنفيذية لقانون تنظيم الجامعات الصادر بالمرسوم /٢٥٠/ تاريخ ٢٠٠٦/٧/١٠ وعلى قرار مجلس التعليم العالي رقم /٦٨/تاريخ ٢٠٠٦/١١/١٦ وقرار مجلس الجامعة رقم ٨/١٤٣٧ تاريخ ٢٠١٠/١/١٥(المتضمن إجراءات القيد في الدراسات العليا وتشكيل لجان الحكم وإجراءات المناقشة العلنية للرسائل و الأطروحات والدفاع عنها ومنح الدرجات العلمية) والمادة الأولى من نظام الدراسات العليا لكلية طب الأسنان التي تهدف 'إلى إعداد المختصين في مختلف ميادين طب الأسنان وتأهيل الطلاب وتزويدهم بمستوى عال من المعرفة في مجال اختصاصهم والنهوض والمشاركة بالبحوث العلمية في مجالات طب الأسنان وفي هذه المناسبة نقدم إليكم موضوع رسالة الماجستير للباحث **ماهر عبد الله** من مواليد **السودان ١٩٦٢م** حيث تخرج من كلية طب الأسنان جامعة **دمشق** عام **١٩٩١م**، وانتسب إلى الدراسات العليا في قسم **طب اسنان الأطفال** عام **٢٠٠٧م** جامعة **دمشق** ، وسجل موضوع الماجستير في عام **٢٠١٠م**، جامعة **دمشق** وقضى **ثلاث سنوات** في تحضير رسالته وكان خلال فترة دراسته مثالا للطالب النشيط الذي يتابع أموره بكل دقة ومهارة.

((قرار لجنة الحكم))

بناء على قرار مجلس الشؤون العلمية في جامعة دمشق رقم /٢٠٤٧/ تاريخ **٢٠١٣/٤/١٥م** المتخذ بجلسة رقم **/١٥/** بالموافقة على تأليف لجنة الحكم على رسالة الماجستير للسيد الباحث ماهر عبد الله

وذلك من السادة الأساتذة التالية أسماؤهم:

١- الأستاذ الدكتور محمد التيناوي (مشرفاً)
٢- الاستاذ المساعد الدكتور شذى قوشجي (عضواً)
٣- المدرسة الدكتور رنا قوشحة (عضواً)

وبعد أن تمت مناقشة هذه الأطروحة والاطلاع عليها و الدفاع عنها بحضور أساتذة و طلاب الدراسات العليا في كلية طب الأسنان وعدد من المهتمين بالبحث العلمي، وذلك في تمام الساعة **العاشرة صباحاً** من يوم **الخميس الواقع في تاريخ ٢٠١٣/٦/٦م** على مدرج كلية طب الأسنان بجامعة دمشق

((عنوان البحث))

انتشار نخور الطفولة المبكرة وتأثيرها على نوعية حياة الأطفال ماقبل المدرسة في رياض مدينة دمشق

وبعد أن تداولت اللجنة في تقويم الأطروحة و الدفاع عنها ، فقد قررت اللجنة بالإجماع ما يلي

تقييم الأطروحة(٤٥)	العرض والدفاع (٤٥)	نشر البحث (٥)	براءة اختراع (٥)	المجموع (١٠٠)
44.3	44.7	5	5	

١-منح السيد الباحث ماهر عبد الله من مواليد عام **١٩٦٢م** درجة الماجستير في اختصاص **طب اسنان الأطفال** بتقدير شرف

وعلامة قدرها ٩٩ تسع وتسعون

٢- يرفع هذا القرار إلى المجالس المختصة للمصادقة عليها أصولا

الأستاذ الدكتور	الاستاذة المساعدة الدكتور	الاستاذة المساعدة الدكتورة
محمد التيناوي	شذى قوشجي	رنا قوشحة

أَعُوذُ بِٱللَّهِ مِنَ ٱلشَّيْطَٰنِ ٱلرَّجِيمِ

بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

قَالَ تَعَالَىٰ:

﴿ فَأَمَّا ٱلزَّبَدُ فَيَذْهَبُ جُفَآءً ۖ وَأَمَّا مَا يَنفَعُ ٱلنَّاسَ فَيَمْكُثُ فِى ٱلْأَرْضِ ۚ
كَذَٰلِكَ يَضْرِبُ ٱللَّهُ ٱلْأَمْثَالَ ﴾

صدق الله العظيم

(سورة الرعد:الآية 17)

عن شداد بن أوس أن رسول الله ﷺ كان يقول في صلاته: «اللهم إني أسألك الثبات في الأمر والعزيمة على الرشد» .

أخرجه: الترمزي[1] والنسائي[2]

1. سنن الترمزي، الجزء الخامس، الصفحة 476 ، رقم الحديث 3407 ، تحقيق: أحمد شاكر.
2. سنن النسائي، الجزء الثالث، الصفحة 54 ،رقم الحديث 1304 ، تحقيق عبد الفتاح أبوغدة.

تصريح

« ليس هناك أيّ جزء من هذه الأطروحة جرى أخذه كاملاً من عمل آخر، أو أنجز للحصول على شهادة أخرى في هذه الجامعة، أو في أي جامعةٍ أخرى أو أيِ معهد تعليميٍّ» .

د. ماهر محمود فخري عبد الله

إهداء...

Dedication

صَبَبْتُ دُمُوعاً يَشْهدُ الحُزْنُ أنَّها ... أَتَتْ مِنْ فُؤادٍ بِالْغَرام مُتَيمُ

وليس لَهُ مِنْ ذَا التتيمُ مُشْرِحٌ ... سوى أن يرى معشوقه فَيُسَلِمُ

حَلَفْتُ يَمِيناً إنَّ قلباً يُحِبُكُمْ ... عَلَيْه عَذَابُ النَّارِ قطعاً مُحَرَّمُ

سَلَامٌ عَلَى كُلِ النَّبِي مُحَمَّدٍ ... نَبِيٌ عَظِيمٌ بِالْجَلَالِ مُعَظَّمُ

عَلَيْكَ صَلَاةُ اللهِ ثُمَّ سَلَامُهُ ... يَعُمّانِ كُلَّ الآلِ هَا نَحْنُ نَختم[1]

إلى حامل أنبل رسالة إنسانية ، هادي البشرية إلى طريق الخير والعلم والمعرفة:

*سيدي رسول الله **محمد** خاتم الأنبياء* ﷺ

إلى العيون البريئة الحالمة. *إلى أطفال سورية الحبيبة. رجال غدها المشرق وإلى كل **أطفال العالم.***

إلى روح ابني الطفل الشهيد: ***الشريف / محمد ماهر***

سائلاً الله أن يبدله داراً خيراً من داره وأهلاً خيراً من أهله وأن يجعل قبره روضةً من رياض الجنة وأن يحفظ روحه الطاهرة في حواصل طير خضر تأكل من أشجار الجنة ومن ثمارها وتشرب من أنهارها وتأوي إلى قناديل معلقة في العرش وأن يدخلنا بالصبر عليه دار الحمد.

وأولادنا مثل الجوارح أيها ... فقدناه كان الفاجع البين الفقد

عليك سلام الله مني تحية ... ومن كل غيث صادق البرق والرعد[2]

---

1. من قصيدة الشاعر السوداني الشيخ محمد المجذوب في مدح رسول الله ﷺ.

2. من قصيدة شاعر الرثاء العربي علي بن العباس بن جريح المعروف بابن الرومي.

وإلى روحي الزميلين العزيزين:

الدكتور **نوح رشيد** والدكتور **وسيم عبد اللطيف** تغمدهما **الله** برحمته الواسعة وأسكنهما فسيح جنانه..

﴿ اللهم إن كنتَ قد أخذتَ فلطالما قد أعطيت ﴾

أهدي هذا البحث لكل أسرتي لما قدموه لي من مُساعدة وتشجيع ودعم وتضحية، وأخص من تنحني الجنة تحت قدميها الكريمتين **والدتي الغالية الحاجة/ ميمونة ابراهيم الحسن أحمد**، والتي أهديها هذا الجهد عرفاناً بالجميل، وتقديراً لما بذلته من أجلي طوال حياتي وخلال سَنواتي الدّراسيّة، **ووالدي الحبيب العزيزالحاج/ محمود فخري عبدالله**، سائلاً الله أن يطيل عمريهما في طاعته، ويرحمهما كما ربياني صغيرا.

زوجتي الكريمة أم محمد

بارك الله فيها، ومتعها بالصحة والعافية

إلى القلوب الطاهرة البريئة التي تحمَّلت معي الضغوط بلا تذمر، وصبرت على انشغالي، وتفهمت جهدي . . أُهديهم بحثي لأنه ثمرة حرمانهم ودعائهم، وأعتذر من طفولتهم إن تغربت بعيداً عنهم، أو انشغلت طلباً للعلم عنهم.

إلى من تجري محبتهم في عروقي

الزهرتين اللتين فاح عطرهما في ربيع حياتي، فكانتا مصدراً للأفراح، وبلسماً للجراح

ابنتيّ الحبيبتين ميمونة وميسون

راجياً الله أن ينبتهما نباتاً حسناً، ويجعلهما قرة عين لنا

ابني أحمد

ربي لا تذره فرداً، وأجعله محموداً في الأرض وفي السماء، ومن الصالحين.

شقيقتي مها..

وفقها الله ووهبها الصحة والعافية.

كلمة شكر

Acknowledgment

الحمد لله الذي منَّ عليَّ لإنجاز هذا البحث بكرمه وفضله، نحمدك اللهم على منتك وفضلك، والصلاة والسلام على من علمنا الصلاة والسلام، لا يسعني في هذا اليوم إلا أن أقف وقفة عرفانٍ بالجميل لكل من أخذ بيدي لإتمام هذا البحث، والارتقاء به إلى الشكل الأفضل، وإن كان لا بد من كلمة في مطلع هذا العمل المتواضع فلتكن كلمة شكر وإكبار لكل من عمل فيه بإخلاص، وساهم بصدق، وقدّم لي من علمه ومعرفته ماأنار لي الدرب، ويبقى العرفان بالجميل والشكر العظيم الخالص ثمناً زهيداً لجهود أستاذي الفاضل

الأستاذ الدكتور محمد التيناوي

أستاذ طب أسنان الأطفال

الذي تكرم مشكوراً بالإشراف على هذا البحث منذ الفكرة الأولى إلى أن أبصر النور، ومنحني الدعم والتشجيع، والذي كان لملاحظاته القيمة الأثر الكبير في تخطيط البحث، ولم يبخل عليَّ يوماً بعلمه وخبرته مع مشاغله الكثيرة وضيق وقته، فكان بحق القدوة والمثل الأعلى بما يحمل في شخصه من صدقٍ وإخلاصٍ وتفانٍ واستقامةٍ وشفافية، علمني بحاله قبل مقاله، أحاطني برعايته الكريمة، وأعطى من دون حدود، وذلل أمامي محناً وصعاباً كثيرة، تعجز الكلمات عن وصف ما يحمله قلبي من حب وتقدير عظيمين لهذا الأستاذ الكبير الذي أفتخر وأزهو بخبرته وصبره وحكمته وتواضعه، فله مني أسمى درجات الاحترام والعرفان، ووافر الامتنان والتقدير.

وأتوجه بجزيل الشكر إلى الأستاذة المساعدة الدكتورة **شذى قوشجي** من قسم طب أسنان الأطفال لدعمها لي طوال سنوات دراستي، ولقبولها المشاركة في مناقشة هذا البحث وتحكيمه وإثرائه بملاحظاتها القيمة، فلها مني كل التقدير والاحترام.

المدرسة الدكتورة **رنا قوشحة** رئيسة قسم القياس والتقويم التربوي والنفسي بكلية التربية بجامعة دمشق لقبولها المشاركة في مناقشة هذا البحث وتحكيمه وإغنائه بتوجيهاتها، والتي أغنت وأثرت الجوانب التربوية والنفسية والاجتماعية للبحث.

وأشكر إدارة كلية طب الأسنان ممثلةً بعميد الكلية الأستاذة الدكتورة **رزان خطــاب**، والأستاذ الدكتور **ياسر مدلل** نائب عميد الكلية للشــؤون الإداريــة، والأســتاذ الــدكتور **إياد الشعراني** نائب عميد الكلية للشؤون العلمية لدعم مسيرة البحث العلمي.

والشكر الكبير أيضاً للأستاذة المساعدة الدكتورة **ندى بشارة** رئيسة قسم طب أسنان الأطفال، لدعمها المستمر لطلاب البحث العلمي، والشكر موصول عبرها **لكل أساتذتي** في قسم طب أسنان الأطفال، وعلى رأسهم الأستاذ الدكتور **محمد بشير المنقــل**، ولا بــد أن أتوجه بأسمى آيات الشكر لكل من وقف إلى جانبي من أساتذة، وأخــص بالشــكر مــنهم الأستاذ الدكتور **حسين أبو حامد** أستاذ الفيزيولوجيا، والأستاذة المساعدة **ميسون دشاش**، والأستاذ المساعد **مهند لفلوف**، والمدرسة الدكتورة **اتحاد أبوعراج**، والمــدرس الــدكتور **شادي غــزاوي**، والدكتور**حمــدو القاضــي**، والــدكتور **مــأمون الســمان**، والــدكتور **معتز السمان**.

والشكر أجزله أسوقه إلى زملائي بالقســم، وأخــص مــنهم **د.همســة كحــول، ود.كارولين جلحوم**، ود.**مجد خميس، ود.رهف دك الباب، ود.شآم سعيد، ود.بلند حمزة، ود.جميل قصيباتي**، ود.**خليل بيطار، ود.محمد بيطار، ود. عيســى الشــاعر، ود.نبيــه خوري، ود.ريم الفارس، ود.وئام عثمان**. لما قدموه من تعاون خــلال فتــرة دراســتي بالقسم، وإلى كل زملائي طلاب الماجستير والدكتوراه بالكلية، وأخــص مــنهم **د.أحمــد قباني، ود.بابكرمحمد، ود.محمد سلام، ود.أنس عبــده، ود.محمــد القــداح**، ود.**خالــد مشهور، ود.أيمن خليل، ود.محمد دكاك**، والإداريين والموظفين وأخص بالشكر الســيدة **مريم أمين**، والسيد **محمود الخشــن (أبوقاســم)**، والســيد **أحمــد الجبــه** بقســم طــب أسنان الأطفال.

وأتقدم بالشكر للأستاذ الدكتور **محمد أحمد أبوالنور** عميد كلية الدراســات العليــا بجامعة الخرطوم، وللدكتورة **رندة محمد فتح الرحمن** من جامعة الخرطــوم، وللأســتاذة **كفاح بادي الحــداد** مديرة المركز الإقليمي لتنمية الطفولة المبكرة بدمشــق[1] (ECDRC) ولفريق العمل بقسم البحوث والدراسات ولإدراة الروضة النموذجية التــابعين للمركــز، والمدرسة الدكتورة **استر جوري** أستاذة طــب الفــم والوبائيــات، والمــدرس الــدكتور **عمر حمادة** بقسم طب الفم، والآنسة **ريا مايرزكف** الأستاذة المساعدة من معهد دراســات الشرق الأوسط التابع لجامعة جورج واشنطون بالولايات المتحدة الأمريكيــة، والأســتاذ

1 . المركز الاقليمي لتنمية الطفولة المبكرة /ECDRC= Early Childhood Development Regional centre .

عاطف سليمان محمد اختصاصيي الترجمة الإنجليزية لجهـودهم المقـدرة ومسـاهمتهم الفاعلة في عملية المُلاءمة الثقافية والترجمة العكسية للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة، وإلى الأستاذ **مظهر اللحام** لتفضله بتدقيق كل من النسخة العربية السورية للمقياس والبحث لغوياً.

والشكر أيضاً للأستاذ **عبد الرحمن نجيب** للإشراف علـى الدراسـة الإحصـائية، وكذلك أشكر إدارات رياض الأطفال الرسمية والخاصة بمدينة دمشـق، والأهـل الـذين تعاونوا معي وشاركوا في هذا البحث.

إنـــي لشــامي إذا نُســب الهــوى وإذا نُســبت لمــوطني فســوداني[1]

وأكرر كل التقدير لكل من وقف سنداً لي عبر هـذه المسـيرة، متقـدماً بالشـكر والامتنان لسعادة سفير السودان، الأستاذ **عبد الباسط السنوسي**، وسـعادة السـفير **عبـد الرحمن خليل**، وسعادة كل من السفير **خالد أحمد محمد علـي**، والقنصل **أحمـد الباشـا**، والمستشار العقيد شرطة حقوقي **عوض السيد جبارة**، والمستشار الدكتور**عبد العزيز خالد**، والعاملين معه، والسيد الملحق العسكري العميد ركن **شنان** والإخوة بالملحقية، وشـكري وثنائي موصول لجميع العاملين بالسفارة السودانية بدمشق من دون استثناء.. كما أوجـه شكري ومحبتي وتقديري للأعزاء في منظمـة[2] **UNHCR** بدمشـق د. **آدم الطيـب**، والمهندس **هاشم شريف**، ومسؤول البـرامج **عبـد الحلـيم الفكـي**، وإلـى كـل مـن د. **وائل الرشيد أحمد عمر**، ود. **عادل البر**، والدكتور عقيد شرطة **عبد العظيم السنوسي** بجامعة الرباط بالخرطوم.

وإني إذ أضع هذا العمل في مرمى التقويم **أقدم شكري للجنة الحكم الموقرة** راجياً تصويب الهفوات التي قد غفلت عنها سعياً وراء كمال لا يمكن إدراكه.

" إِنِّي رَأَيتُ أَنَّهُ لاَ يَكْتُب أَحَدٌ كِتَاباً فِي يَومِهِ إلاّ قَالَ فِي غَدِهِ، لَو غُيِّرَ هَذَا لَكَانَ أَحْسَن، وَلَو زِيدَ هَذَا لَكَانَ يُسْتَحسَن، وَلَو قُدِّمَ هَذَا لَكَان أَفْضَل، وَلَو تُرِكَ هَذَا لَكَانَ أَجْمَل، وَهَذَا مِن أَعْظَمِ العِبَرِ، وهُوَ دَلِيلٌ عَلَى اِستِيلاَءِ النقصِ عَلَى جُملَةِ البَشَرِ .....''

العماد الأصفهاني عن قاموس المورد

1 . بتصرف عن قصيدة الشاعر الكبير محمد مهدي الجواهري التي عبر فيها عـن احساسـه وحبـه لدمشـق عام 1929.

2. مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين.

UNHCR = United Nations High Commissioner for Refugees

قائمة المحتويات

List of Contents

List of Contents : قائمة المحتويات

List of Tables قائمة الجداول

قائمة المخططات البيانية
List of Diagrams

قائمة الأشكال التوضيحية

List of demonstrative Figures

قائمة الاختصارات
List of Abbreviations

الاختصار	المصطلح الأجنبي	المصطلح العربي
AAPD	**American Association of Pediatric Dentistry**	الجمعية الأمريكية لطب أسنان الأطفال.
AAPD	**American Academy of Pediatric Dentistry**	الأكاديمية الأمريكية لطب أسنان الأطفال.
CDC	**Centers for Disease Control and Prevention**	مراكز المكافحة والوقاية من الأمراض.
CIS	**Child Impact Section**	قسم التأثيرات الواقعة على الطفل.
COHIP	**Child Oral Health Impact Profile.**	مقياس حجم تأثير الصحة الفموية للطفل.
COHRQoL	**Child Oral Health-related Quality of Life.**	نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية للطفل.
CSI	**Caries Severity Index**	مشعر شدة النخر.
dmft	**Decayed,missed due to caries and filled primary teeth.**	مشعرالأسنان المؤقتة المنخورة والمفقودة بسبب النخر والمرممة.
dmfs	**Decayed,missed due to caries and filled surfaces of primary teeth.**	مشعرالسطوح السنية المؤقتة المنخورة والمفقودة بسبب النخر والمرممة.
DMFT	**Decayed, missed, and filled permanent teeth.**	مشعر الأسنان الدائمة المنخورة والمفقودة، والمرممة
ECC	**Early Childhood Caries**	نخور الطفولة المبكرة.
ECDRC	**Early Childhood Development Regional centre**	المركز الإقليمي لتنمية الطفولة المبكرة.
ECOHIS	**Early Childhood Oral Health Impact Scale**	مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة.
FDI	**World Dental Federation**	الاتحاد العالمي للأسنان.
FIS	**Family Impact Section.**	قسم التأثيرات الواقعة على العائلة.
HRQoL	**Health Related Quality of Life.**	نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.
ICC	**Intraclass Correlation Coefficient**	معامل الارتباط البيني داخل الفئوي.
KG-Class	**Kindergarten Class**	فئات رياض الأطفال.

الاختصار	المصطلح الأجنبي	المصطلح العربي
MDS	**Multidimentional Scaling**	القياس متعدد المجالات.
OIDP	**Oral Impact on Daily Performance**	التأثيرات الفموية في الأداء اليومي.
OHIP	**Oral Health Impact Profile**	مقياس حجم تأثير الصحة الفموية.
OHRQoL	**Oral Health-Related Quality of Life.**	نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية.
P-CPQ	**Parental –Caregiver Perceptions Questionnaire.**	استبيان الملاحظـــات الأبويـــة أو مقـــدمي الرعاية.
QoL	**Quality of Life**	نوعية الحياة.
S-ECC	**Severe Early Childhood Caries**	نخور الطفولة المبكرة الشديدة.
SEL	**Socio Economical Level**	المستوى الاقتصادي الاجتماعي.
SGROH	**Surgeon General's Report on Oral Health**	تقرير الجراح العام الأمريكي.
SiC Index	**Significant Caries Index**	مشعر النخر الجوهري.
SPSS	**Statistical Package for Social Sciences**	الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية.
USDHHS	**United States Department of Health and Human Services**	شعبة الولايات المتحدة للصحة والخـــدمات الانسانية.
VAS	**Visual Analogue Scale**	المقياس البصري المُتماثل.
WHO	**World Health Organization**	منظمة الصحة العالمية.
WHOQOL Group	**World Health orgnization Quality of Life Group Assessment**	مجموعة تقـــويم نوعيـــة الحيـــاة التابعـــة لمنظمة الصحة العالمية.

المقــدمـــة

Introduction

المقدمة
Introduction

يشكل الأطفال شريحة كبيرة ومهمة في الهرم السكاني، وقد أكدت الدراسات الوبائية القليلة السابقة التي أجريت في مدينة دمشق في الجمهورية العربية السورية أن الصحة الفموية للأطفال في ماقبل المدرسة[1] في وضع يؤسف له (deplorable state) حيث يُعاني هؤلاء الأطفال انتشار نخور الطفولة المبكرة[2] (Early Childhood Caries) (ECC) بنسب مُرتفعة جداً والتي تُعد مرضاً سنياً حاداً، يتطور سريرياً بسرعة، وذا طبيعة جائحة، ما جعله مُشكلة صحية عامة وكبيرة في الدول الآخذة في النمو بسبب ضعف التثقيف والوعي الصحي ووسط الأقليات في الدول المتطورة (شاهين 2007) (Beiruti and Hussein 1991, Begzati *et al.*, 2010, Gao *et al.*, 2011).

تحدث تأثيرات سلبية للأطفال في حال إصابة أسنانهم المؤقتة بالنخور أو فقدها مُبكراً كالألم وصعوبات في تناول الطعام، وفي توضع الأسنان الدائمة، ومُشكلات في الكلام، وضعف في النمو والتطور المعرفي، ومُشكلات نفسية، وفي اعتداد الطفل بذاته، وضعف في التركيز والمُشاركة المدرسية، وأحياناً تغيب عن الذهاب إلى رياضهم وأماكن رعايتهم، ومن ثم تدنٍ في نوعية الحياة، لا يُمكن تحديد نتائج الكثير من الأمراض الفموية أو التنبؤ بها بوساطة المقاييس السريرية التقليدية فقط (Allen, 2003) (Pahel *et al.*, 2007, Petersen and Kwan 2009, Gaur and Nayak 2011)

---

1. هي المرحلة الممتدة من بداية العام الثالث إلى نهاية السنة الخامسة تقريباً، وينمو فيها الطفل نمواً ظاهراً بارزاً، ونمواً عقلياً واضحاً وجلياً، حيث تتكون لديه في هذه المرحلة العمليات المعرفية المتنوعة كالإدراك والذاكرة والتعلم وحل المشكلات واللغة (العناني 2003).

2. تمتد **مرحلة الطفولة المبكرة** من المهد وحتى بلوغ الطفل سن خمس سنوات، ويتميز الطفل هنا بنموه الجسمي والحركي، ويكتسب النطق، وتتطور قدرته على الكلام، كما يكتسب تطوراً ملحوظاً في النمو الجسمي ، ولكن يبقى نموه المعرفي والعقلي بطيئا حتى سن الثالثة، ثم يبدأ بالتطور العقلي على نحو ملحوظ ، فيتطور خيال الطفل، ويبدأ بتعلم الأشياء من الخيال والصورة الذهنية المستمدة في أساسها مما يعيشه ويشاهده في محيطة الأسري، وهذه المرحلة هامة جداً لتطور الطفل، حيث يكتسب جوهر خبراته الأساسية عن الحياة من سلوكيات الآخرين تجاهه (العزة 2002).

ومن ثم لم تُعد مُلائمة تماماً لاحتواء المفهوم الجديد للصحة، الذي أعلنته منظمة الصحة العالمية (WHO)، خاصةً مظاهر السلامة الاجتماعية والعقلية (WHO, 1948)، ما خلق مطلباً مُلحاً لمقاييس جديدة، تُقيم التأثيرات الاجتماعية والنفسية والجسدية للحالات الفموية في الفرد وهوماجرى التعارف على تسميته نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية(Oral health related quality of life:OHRQoL) ، يكون تقويم (OHRQoL) عند الأطفال مُعقداً، خاصةً الصغار منهم. بسبب مقدراتهم الكلامية، إضافة إلى التفاوت المعرفي ومسائل التطور النفسي الاجتماعي (Broder 2007)، وإلى يومنا هذا فإن المقياس الوحيد المستخدم وسط الأطفال الصغار هو مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة (Early Childhood Oral Health Impact Scale) (ECOHIS) (Pahel *et al.*, 2007)، وقد جرت ترجمته ومُلاءمته إلى عدد من لغات العالم مع اختبار صدقيته وثباته، ولم تر أي نسخة عربية النور حتى لحظة الشروع في التخطيط لهذه الدراسة، وتبين من الدراسات السابقة اختلاف نسب انتشار نخور الطفولة المبكرة وشدتها بين شعب وآخر، وتغيرها من فترة إلى أخرى. فكم تبلغ نسب الانتشار الحالية؟ وما شدتها وكيفية توزعها؟، وما تأثيرها في نوعية حياة الأطفال في ما قبل المدرسة بعمر ثلاث إلى خمس سنوات وفي عوائلهم؟، وما مدى مُلاءمة النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة؟، وما درجة صدقيته،[3] وثباته[4] في سورية، وخاصة في مدينة دمشق؟. وللإجابة عن هذه التساؤلات خُطط للقيام بهذا البحث لتسليط الضوء على مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية، والسيطرة على انتشار هذا المرض وسط الفئات العمرية الصغيرة، وتحسين نوعية حياتهم وحياة عائلاتهم، ما ينعكس إيجاباً على كليهما، وعلى أنظمة الرعاية الصحية وعلى المجتمع كاملاً.

3. يُعرف الصدق بصحة الدراسة أو صرامتها أو بمدى قياس المقياس لما وضع لقياسه (Richard 2008).

4. يعني التطابق في الحصول على النتائج نفسها أو نتائج قريبة منها عند كل مرة يستخدم فيها المقياس، وهو يعني ان المقياس موثوق به، ويُعتمد عليه Reliable (Richard 2008).

أهـداف البحـث

Aims of Study

أهداف البحث
Aims of Study

- تحديد نسب الانتشار الحالي (Current Prevalence) وشدة (Severity) ونماذج (Patterns) نخور الطفولة المبكرة عند الأطفال بعمر 3 إلى 5 سنوات في رياض مدينة دمشق.
- تحديد العلاقة بين انتشار نخور الطفولة المبكرة وبعض المتغيرات والممارسات الصحية الفموية، إضافةً إلى تقويم المستوى الاقتصادي الاجتماعي الذي ينتمي إليه هؤلاء الأطفال.
- ترجمة مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة لقياس تأثير نخور الطفولة المبكرة في الأطفال وعوائلهم، واختبار خصائص قياسه النفسي (صدقه Validity وثباته Reliability) ومُلاءمته للأطفال في ما قبل المدرسة في رياض مدينة دمشق.

البَابُ الأَوّلُ

المراجعة النّظرية

Literature Review

1

1-1- الفصل الأول- الصحة

1-1-1- تعريف الصحة Definition of the Health

عرفت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) (WHO) الصحة بما يلي: حالة من العافية الجسدية[1] والعقلية[2] والاجتماعية[3] الكاملة، وليس فقط غياب المرض والعجز (WHO, 1948, Testa and Simonson 1996)، ومن ثم توسع مفهوم الصحة، ليشمل المظاهر الاجتماعية والنفسية المتعلقة بنوعية الحياة ،التي تتضمن تطبيقات واسعة في الأمراض الفموية، وتوافر بيانات عن الدراسات المرتكزة على المُعالجات، وعلى المجموعات السكانية (Riordain and McCreary 2010).



الشكل (1) تعريف منظمة الصحة العالمية لمفهوم الصحة.

(WHO, 1948, Testa and Simonson 1996)

1-1-2- نماذج الصحة والمرض Models of health and disease

تم تدريب أطباء الأسنان تقليدياً على تشخيص الأمراض ومُعالجتها مثل النخر السني والأمراض اللثوية والأورام، وتبعاً لذلك استخدمت مُشعرات مختلفة لوصف انتشار هذه الأمراض عند الشعوب.

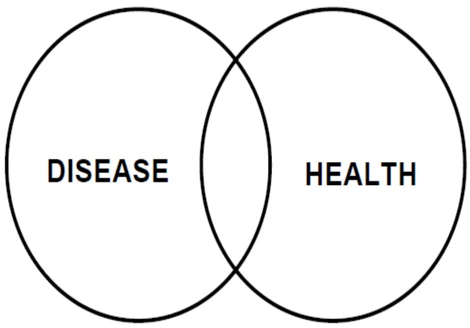
---

1. **الصحة الجسدية:** تعني القدرة على قيام اجسامنا بأنشطتها ووظائفها الفيزيولوجية والميكانيكية مثل الاستحمام واللبس والأكل والتحرك على نحو طبيعي ، وهذا البعد هو الأكثر وضوحاً وشهرةً.
2. **الصحة العقلية:** تعني سهولة التعرف على مشاعرنا من دون الإحساس بالخوف والقلق والإجهاد والاكتئاب والمشاعر السلبية الأخرى.
3. **الصحةالاجتماعية:** تتضمن القدرة على المشاركة في المجتمع والقيام بأعمالنا الاجتماعية أعضاء وأصدقاء وعاملين أو مواطنين مع الآخرين على نحو نكون راضين عنها (WHO 1948).

1-1-2-1-العلاقة بين الصحة والمرض

ذكر (Locker) أن العلاقة بين المرض والصحة ذات أهمية نظرية وعملية، كما يشير الشكل (2)، وأنهما يمثلان مجالين مستقلين للتجربة البشرية، ويرتبطان بطريقة تجعلهما متلازمين في أكثر

الأحوال، وليس ضرورياً أن يكونا متوافقين، وقد يعيشهما الإنسان على نحو منفصل وهذا يعني أن المرض ليس ضرورياً أن يمس الصحة، وأن الصحة العليلة ربما لا يكون لديها أسباب واضحة في الحالات المرضية المشاهدة، و يُعد المرض أحد مُهددات الصحة العديدة (Locker 1997).



الشكل(2) يشيرإلى العلاقة بين المرض والصحة
(Locker 1997)

1-2- الفصل الثاني - نخور الطفولة المبكرة

1-2-1- تعريف نخور الطفولة المبكرة

Early Childhood Caries (ECC) Definition

تُعد نخور الطفولة المبكرة الـ (ECC) أحد أنماط النخور الحادة والمُخربة للبنية السنية للأطفال خلال السنوات الأولى من أعمارهم، والذين تتطور عندهم الآفات البدئية إلى نخر صريح خلال 6 أشهر إلى سنة بسبب رقة طبقة الميناء في الأسنان المؤقتة، وخاصة القواطع الأمامية 0.5 ملم، مقارنةً ب 1 ملم ثخانة الميناء بالقواطع الدائمة، وإلى عدم نضج النسج السنية على نحو كاف، هذه البداية المُبكرة والتطور السريري الجائح وشمولها لسطوح الأسنان البعيدة عادةً عن خطر الإصابة بالنخر السني جعلها مُشكلة صحية عامة وكبيرة، تبدأ مع بزوغ أسنان الطفل ضمن الحفرة الفموية (Warren *et al.*, 2006, Brad *et al.*, 2010).

أدت التعاريف الكثيرة لنخور الطفولة المبكرة إلى بعض الالتباس في كل من المعايير التشخيصية ونشأة العوامل المتعددة لهذا المرض ذي الطبيعة المُعقدة والمُتعددة العوامل Complex and Multifactorial (Schroth *et al.*, 2009, Tinanoff and Reisine 2009).

استخدمت مجموعة منوعة من المصطلحات لوصف المرض، يعود معظمها إلى استخدام زجاجة التغذية، أو إلى الرضاعة الطبيعية، أراد الباحثون خلالها تسليط الضوء على خطر الاستخدام المفرط لزجاجة الطفل، خاصةً إذا كانت تحتوي على سوائل مُحلاة، وكذلك إلى الرضاعة الطبيعية عند الطلب فترات طويلة (Schroth *et al.*, 2007).

أخفقت كل التعاريف والصفات في الأخذ في الحسبان العلاقة الفعلية بين النخر السني عند الأطفال والمدى الكبير للعوامل المسببة له، وعلاوةً على ذلك حدث تشويش للأباء والأمهات فيما يخص فوائد كل من زجاجة الرضاعة والرضاعة الطبيعي ومخاطرها. وتُعد الآفة النخرية عند الأطفال مثل باقي أنماط النخر السني مرضاً متعدد العوامل يحدث نتيجةً لتفاعل الكائنات الدقيقة المسببة للنخر مع الكربوهيدرات على سطوح الأسنان في وجود عامل الزمن، حيث تحرض هذه العوامل، على حدوث الآفات النخرية البدئية، والتي تستمر في التطور، ويزيد الاستهلاك المتكرر للسوائل المُحلاة حدوث النخر بسبب التماس الطويل على سطوح الأسنان بين الكربوهيدرات التي في السوائل المستهلكة والبكتريا المسببة للنخر (Schroth *et al.*, 2007).

يُعد مصطلح (ECC) هو المفضل الآن والأكثر شيوعاً واستخداماً، وجرى اقتراحه من مراكز الوقاية من الأمراض (CDC)[1] في عام 1994م لوصف كل أنماط النخور عند الرضع والأطفال في ماقبل المدرسة حتى يجري وبوضوح عكس العملية السببية المتعـددة العوامـل المرتبطة بتطور (ECC) (Kaste and Gift 1995, Tinanoff and Reisine 2009, AAPD., 2011)

عكس هذا المصطلح الجديد لهذه المشكلة القديمة فهماً متطـوراً للعوامـل السـببية الخفية للنخور عند الأطفال الرضع والأطفال في ماقبل المدرسة وانتباهاً أكبر إلى أهميـة العوامل الأخرى التي تساهم في حدوث (ECC) مثل العوامل السلوكية والحيوية والسكانية (Reisine and Douglass 1998).

عرّف (Drury) وزملاؤه (ECC) بأنه وجود سطح سني واحد أو أكثر في أي سن من الأسنان المؤقتة منخوراً نخراً مينائياً أو عاجياً أو مفقوداً نتيجةً للنخر أو مرمماً عنـد طفل بعمر 71 شهراً أو أقل (Drury *et al.*, 1999). وجرى تعديل هذا التعريف من الجمعية الأمريكية لطب أسنان الأطفال(AAPD) (American Association of Pediatric Dentistry) ليصبح : وجود سطح سني واحد أو أكثر منخوراً نخراً واضحاً مع حفرة نخرية أو نخـر بدئي من دون تشكل حفرة ،أو مفقوداً بسبب النخر، أو مرمماً في أي من الأسنان المؤقتة عند طفل بعمر 71 شهر أو أقل. ثم اعتمده بعد ذلك عدد آخر من الباحثين (AAPD, 2000) (Psoter *et al.*, 2003, Tsai *et al.*, 2006).

وصُنف وجود أي علامة للنخر السني على سطوح الأسنان الملساء عند طفل بعمر أقل من ثلاث سنوات حالة من نخور الطفولة المبكرة الشديدة (S-ECC)، وعُد أي سطح سني أملس أو أكثر منخوراً أو مفقوداً بسبب النخر أو مرمماً في الأسنان الأمامية العلوية المؤقتة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3–5 سنوات حالة نخور طفولة مبكـرة شديدة (AAPD., 2003, AAPD., 2011).

1 . مراكز المكافحة والوقاية من الأمراض Centers for Disease Control and Prevention

2-2-1- قياس نخور الطفولة المبكرة Measurement of ECC

يشير مُشْعر (dmft index)، وهوالمُشْعر الأكثر استخداماً لقياس النخر السني في الأسنان المؤقتة، إلى وجود الإصابات النخرية في الحاضر من خلال الأسنان غير المعالجة (dt) أوالمفقودة بسبب النخر (m) ، وفي الماضي من خلال الأسنان المرممة (ft) وقد استُخِدم على نحو واسع سنوات، ولاقى قبولاً كبيراً في كل أنحاء العالم.

يُعد النخر العاجي المدخل التشخيصي المُوصى به في المسوحات الوبائية، ونتيجةً للانخفاض الحادث في نسب الانتشار في معظم الدول المتطورة فإن الحصول على معلومات تتعلق بالتغيرات الحاصلة في هذا الانتشار بوساطة مُشعر (dmft index) يكون قليلاً، ومن ثم فإن استخدام معايير النخر الميناَئي يُظهر بصورة أفضل التغيرات الحادثة في المناطق ذات الانتشارالنخري المنخفض وينطبق هذا في حالة الأسنان المؤقتة للأطفال الصغار، والتي يقل فيها حدوث النخور العاجية، ويكون ثبات (Reliability) تشخيص النخور المينائية عادةً أقل منه في حالة النخور العاجية، حيث يُمكن تحقيق ثبات جيد في تشخيص النخر المينائي عند توفير تدريب مُلائم (Kingman and Selwitz 1997, WHO, 1997, Drury *et al.*, 1999).

وللوصول إلى معلومات أكثر واقعيةً عن قياس نخور الطفولة المبكرة يجري استخدام كل من مشعر شدة النخر (Caries Severity Index) (CSI)، الذي يُشير إلى عمق الإصابة النخرية وشدتها، فالقيم العالية منه تدل على الآفات النخرية المتقدمة وغير المُعالجة (Chosack 1986)، ومشعر النخر الجوهري (Significant Caries Index) (SiC) ، الذي جرى تطويره في سنة 2000، ويسلط الضوء على مجموعة الأطفال ذوي الانتشار النخري الأعلى ضمن المجتمع المدروس، ويُشير إلى متوسط (dmft) لثلث المجموعة المدروسة ذات تسجيلات النخور الأعلى، ويعد أداة واقعية للتركيز على هؤلاء الأطفال (Bratthall 2000, Marthaler *et al.*, 2005).

1-2-3- وصف نماذج الآفات النخرية في نخـــور الطفولـــة المبكـــرة ECC Patterns

هناك أربع طرائق لتحديد نماذج نخور الطفولة المُبكرة، هي كالآتي:

1- باعتماد معرفة أسباب النخور، ومن ثم مُلاءمة التوزعات المُلاحظة ســريرياً لهــذه الحفر ضمن النماذج المفترضة من قبل.

2- يطلب من الحاسوب تجميع تشكل الحفر في نماذج على نحو مُجتمع باعتماد كيفيـــة حدوث الآفات على نحو متكرر.

3- طريقة استخدام تقنية التصنيف المُحوسبة والمُســماة القيــاس المتعــدد المجــالات (Multidimentional Scaling) (MDS)، وتقدم هذه الطريقة مجموعة مــن النمــاذج والتي تُعد أكثر تحديداً لنموذج النخر حسب نوع السن (Psoter *et al.*, 2009) .

4- طريقة تُصنيف نخور الطفولة المبكرة لثلاثة أنواع باعتماد مكان الآفــة، والتــأثير النسبي للغذاء والصحة الفموية والعمر.

- **النوع الأول** - يضم الآفات النخرية المُنعزلة، ويشمل الأرحاء والقواطع، ويســببه غياب الصحة الفموية، ويشاهد على نحو نموذجي لــدى الأطفــال الــذين تتــراوح أعمارهم بين سنتين إلى خمس سنوات.
- **النوع الثاني** - يشمل الآفات االشفوية اللسانية للقواطع العلوية مع إصابة الأرحــاء أو من دونها باعتماد عمر الطفل ومرحلة المرض المرتبطة بسوء استخدام زجاجــة الرضاعة أو بالرضاعة الطبيعية عند الطلب، والتي تحدث مع بداية بزوغ أول سن.
- **النوع الثالث** - يشمل النخور المُنتشرة على كل الأســنان أو معظمهــا، ويــرتبط بالتغذية المسببة للنخر والصحة الفموية السيئة وسط الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 إلى 5 سنوات (Wyne 1999).

لم ينجح أي تصنيف حتى الآن في تغطية كل المظاهر السريرية للأطفال، ومع ذلك فإن التمييز بين هذه النماذج يقدم على الأقل فائدة كبيرة في تشخيص الأمراض ومُعالجتها.

ذكر كل من (Hallet) و (O′ Rourket) في دراستهما على أطفال أستراليين تراوحت أعمارهم بين 2 إلى 5 سنوات أن نخور الأرحاء كانت أولاً بنسبة (21.4 %) ، تلتها نخور القواطع الأمامية بنسبة (12.3%) (Hallett and O'Rourke 2006).

في دراسة لشاهين على أطفال رياض مدينة دمشق تراوحت أعمارهم بين 3 إلى 5 سنوات شُوهد النموذج الأكثر شدةً (الأرحاء والقواطع مع الأنياب أو من دونها) في الترتيب الأول بنسبة (41.5%)، تلتها نخور الأرحاء فقط بنسبة (36.1%) (شاهين 2007).

في دراسة حديثة أجراها (Psoter) وزملاؤه في ولاية أريزونا في الولايات المتحدة الأمريكية على مجموعة من أطفال بلغ عددهم 5,169 طفلاً، وتراوحت أعمارهم بين خمسة أشهر إلى ست سنوات استخدموا فيها تحليل (MDS) كانت نماذج النخور وفق الترتيب الآتي: السطوح الملساء، تلتها القواطع العلوية، ثم السطوح الإطباقية للأرحاء الأولى، وأخيراً نموذج الوهاد والميازيب للأرحاء الثانية (Psoter *et al.*, 2009).

1-3-الفصل الثالث- وبائيات نخور الطفولة المُبكرة والدراسات السابقة

1-3-1- الانتشـــار العـــالمي لنخـــور الطفولـــة المبكـــرة Global prevalence of ECC

أشار (Nordblad) وزملاؤه إلى حدوث انخفاض في انتشار ECC في معظم الـدول المتطورة، حيث وصل إلى مرحلة اسـتقرار تقريبـي (Plateau) (Nordblad *et al.*, 2004)، بينما لايزال يزداد في بعض منها، حيث وصلت النسـبة إلـى (85%)، خاصـةً بـين المجموعات المتدنية اقتصادياً وعدد من الدول الآخذة في النمو، وأن هناك نسباً مُقَدَرة من الأطفال في ماقبل المدرسة ما زالت حتى هذه اللحظة مُصابة بالنخر السني (Schroth *et al.*, 2010).

أشارت بيانات حديثة إلى ازدياد انتشـار نخورالطفولـة المبكـرة بـين الأطفـال الأمريكيين الفقراء وشبه الفقراء في ماقبل المدرسة ، وخلافاً لانخفاض انتشـارها وسـط الأطفال في الفئات العمرية الأكبر فإن الانتشار زاد بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عـن خمس سنوات، وأن نسبة النخور السنية غير المُعالجة بين الأطفال الأمريكيين في ماقبل المدرسة في ارتفاع واضح (Tinanoff and Reisine 2009, Bruce *et al.*, 2010)

أشارت دراسة أمريكية حديثة للأطفال في ما قبل المدرسة بأن (28%) منهم يُعانون من نخور الطفولة المبكرة، وأن (61%) منها غير مُعالجـة مقابـل الأسـنان المرممـة (Kopycka-Kedzierawski and Billings 2011)

أوضحت دراسة كندية أجراها (Schroth) وزملاؤه لأطفال في عمر أقل من سـت سنوات إصابة (53%) بنخور الطفولة المبكرة،(42.4%) منهم يعـانون نخـور طفولـة مبكرة شديدة (Schroth *et al.*, 2010).

تم نشر القليل من الدراسات حول نخور الطفولة المبكرة في أمريكا اللاتينينة وفـي دراسة قام بها كل من (Montero) وزملائه في المكسيك لأطفال تراوحت أعمارهم بين 12 و48 شهراً بلغت نسبة الانتشار (59.5%) (Montero *et al.*, 2011).

تعد نخور الطفولة المبكرة المرض الفموي الأكثر انتشاراً بين الأطفال في ما قبل المدرسة في البرازيل، حيث بلغت في دراسة (Carvalho) وزملائه لأطفال مدينة بايورو، وتراوحت أعمارهم بين 3 إلى 6 سنوات (36.75%) (Carvalho *et al.*, 2009).

وفي دراسة أجراها (Declerck) وزملاؤه على الأطفال في ما قبل المدرسة (3 إلى 5 سنوات) في إقليم فلاندرز [1] في شمال غرب أوروبا بلغت نسبة النخور (7%) بعمر 3 سنوات، بينما وصلت النسبة إلى (31%) بعمر 5 سنوات (Declerck *et al.*, 2008).

بلغت نسبة انتشار نخور الطفولة المبكرة في دراسة على الأطفال بعمر خمس سنوات، قام بها كل من (Wigen) و(Wang) في بعض المناطق ذات الإصابة النخرية المنخفضة في النرويج (44%)(Wigen and Wang 2010).

يُعد الانتشار مرتفعاً في دول أوروبا الشرقية، حيث بلغ انتشار النخر في دراسة حديثة للأطفال في ماقبل المدرسة في مدينة برشتينا بكوسوفو [2] 81% مع متوسط 5.8 = dmft (Begzati *et al.*, 2010).

أشار تقرير لدراسة مقطعية عرضية[3] (Richard 2008) أجريت في عام 2007 على الأطفال في ماقبل المدرسة في الصين بلغ عددهم 2,014 طفلاً، تراوحت أعمارهم بين 3 إلى 5 سنوات إلى نسبة انتشار بلغت (55%) وكان معظم الأسنان المنخورة غير مُعالجة (Du *et al.*, 2007) ، وفي دراسة حديثة في مدينة جوانجازو جنوب الصين قام بها كل من (Gao) وزملائه بلغت نسبة انتشار نخور الطفولة المبكرة بعمر خمس سنوات(86 %) و(5.17 = dmft) (Gao *et al.*, 2011).

---

1. إقليم في شمال غرب أوروبا يضم أجزاء من بلجيكا وفرنسا وهولندا.
2. أصغر دولة أوروبية تقع في شبه جزيرة البلقان.
3. تسمى أيضاً دراسة الانتشار، وهي دراسة رقابية، تأخذ لمحة عن مجموعة من الأشخاص في مرحلة زمنية واحدة ومحددة لرؤية انتشار الأمراض لدى هؤلاء الأشخاص (Richard 2008).

وصلت نسب الانتشار في دراسة (Simratvir) وزملائه في الهند للفئـــات العمريـــة ثلاث وأربع وخمـــس ســـنوات (52.87%) و(45.1%) و(58.55%) علـــى التـــوالي (Simratvir *et al.*, 2009) .

بينما بلغت في دراسة أخرى حديثة في مدينة (Udaipur) في ولايـــة راجاســـتان الهندية[1] (22.8%) بين الأطفال بعمر 24–72 شهراً (Mathur *et al.*, 2011).

أشارت (Mazhari) وزملاؤها في دراستها على 232 طفلاً، تراوحت أعمارهم بين نصف سنة وخمس سنوات في مدينة كوجان بإيران أن نسبة انتشار نخور الطفولة المبكرة بلغت(59%) (Mazhari *et al.*, 2007).

وفي دراسة (Wyne) في الرياض بالسعودية كانت نسبة الانتشار الكلية (74.8%) بعمر3 إلى 5 سنوات (Wyne 2008) ، بينما بلغت نخور الطفولة المبكرة في الإمارات العربية المتحدة نسباً مرتفعة، تراوحت بين (36%) وحتى (47%) بعمر السنتين، و بين (71%) إلى (86%) بعمر الأربع سنوات، و(82%) وحتى(94%) بعمر 5 سنوات (AL–Hossani and Rugg–Gunn 1998).

أشارت دراسة أجريت في جنوب إفريقيا على الأطفال بعمر3–5 سنوات إلى أن نسبة انتشار نخور الطفولة المبكرة بلغت (55%)، وأنها أضحت مُشكلة صحية كبيرة وعامة خاصةً، وسط المجموعات المتدنية اجتماعياً(Postama *et al.*, 2008)، وكانت نسب الانتشار وسط الأطفال السودانيين في عدد من الرياض من مناطق مختلفة في ولاية الخرطوم، تراوحت أعمارهم بين3 إلى5 سنوات قد وصلت إلى(67.4%)، حيث توزعت على الفئات العمرية ثلاث وأربع وخمس سنوات (12.5%) و (26.9%) و(28.0%) على التوالي (Fath El rahman 2004).

1. ولاية في شمال غرب الهند.

1-3-2- انتشـــار نخـــور الطفولـــة المبكـــرة فـــي ســـورية
Prevalence of ECC in Syria

تُعد الدراسات التي أجريت على الأطفال في ماقبل المدرسة في سورية قليلة جـداً، حيث بلغت نسب انتشار (ECC) (77%) بعمر5 سنوات في دراسـة (Beiruti) عـام 1985، وفي دراسة (Beiruti) و(Hussein) في عام1991 انخفضـت إلـى (74%) (Beiruti 1985, Beiruti and Hussein 1991).

ثم ارتفعت في دراسة شاهين عام 2007 إلى (81.7%) فبلغت (68.0%) بعمـر ثلاث سنوات و(83.7%) بعمـر أربـع سـنوات و(87.2%) بعمـر خمـس سـنوات (شاهين 2007).

4-1 – الفصل الرابع – نوعية الحياة

1-4-1- تعريف مفهوم نوعية الحياة Definition Of QoL Concept

اكتسب مفهوم نوعية الحياة اعترافاً بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، ويعود السبب في تطور هذا المفهوم إلى توسع مفهوم الصحة وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية عام (1948) (WHO, 1948).

وقد عُرف مفهوم (QoL) باستخدام أُطرمفاهيمية مختلفة (Conceptual Frameworks)، فقد افترض كل من (Campbell) وزملائه في عام 1976 بأن (QoL) تكمن في تجارب الحياة التي يمثل جوهرها التقويم الشخصي للفرد (Campbell *et al.*, 1976).

ركز (Hornquist) في عام 1982 على الحاجات، وعرّف (QoL) بالدرجة التي تكون فيها الحاجات مُرضية في نواحي الحياة المادية والاجتماعية والنفسية والجسدية (Hornquist 1982).

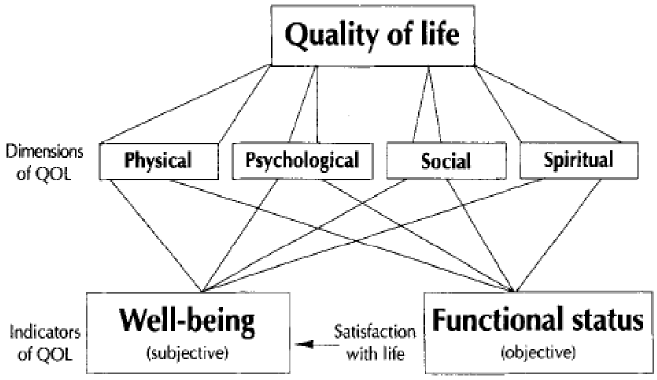
وقد وصفها (Lewis) في عام 1982 بالمدى الذّي يعتز فيه الفرد بنفسه، ويحقق هدفه في الحياة مع أدنى درجات القلق (Lewis 1982).

وهناك تعريفات كثيرة لنوعية الحياة (QoL)، وقد قام بعض المؤلفين باستخدام أكثر من تعريف لكل دراسة، ورأى (Allison) وزملاؤه أن نوعية الحياة تُعد مفهوماً حركياً "dynamic construct" ما يجعله مفهوماً قابلاً للتغير عبر الزمن (Allison *et al.*, 1997).

يشار الآن إلى نوعية الحياة على نحو عام بأنها مفهوم مُتعدد (Mulidimentional Concept) يحتوي على محاور مُتعددة تشمل المجالات الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية.

حددت (Haas) في عام 1999 في مراجعة لها المُشكلات الرئيسة التي تجعل فهم (QoL) أمراً غامضاً، فميزت نوعية الحياة من المفاهيم الأخرى القريبة ذات الصلة،

وطورت تعريفاً لنوعية الحياة، ونموذجاً يتضمن أربعة مجالات، هي الجسدي والنفسي والاجتماعي والروحي، وثلاثة مؤشرات رئيسة،هي العافية (Well-being)، والرضا بالحياة (Satisfaction with life)، والوضع الوظيفي (Functional Status) (Haas 1999).



الشكل (3) يمثل وضع العافية المكون الشخصي لنوعية الحياة، بينما يمثل الوضع الوظيفي المكون الموضوعي لها.
(Haas 1999)

استنتجت Lakić أن أساس مفهوم (QoL) يكمن في فهم الإنسان ومعرفة حاجاته من مجالات مختلفة، واضعين في الحسبان تفاعله المستمر مع بيئته المحيطة على نحو شامل(Holistic-ecological approach) ، بهدف جعل المريض أكثر راحةً نفسياً وجسدياً واجتماعياً **(Lakić 2012)**

1-4-2- تمييز نوعية الحياة من المفاهيم الأخرى القريبة المرتبطة بها
Distinguishing QOL From Other Closely Related Concepts

يجب تمييز نوعية الحياة من أربعة مفاهيم تتداخل معهاعلى نحو متكرر هي:

1-4-2-1- الوضع الوظيفي Functional status

اقترح كل من (Guyatt) وزملاؤه في عام 1993 أن الوضع الصحي والوضع الوظيفي ونوعية الحياة تمثل ثلاثة مفاهيم كثيراً ما تستخدم على نحو متبادل للإشارة إلى محور الصحة نفسه (Guyatt *et al.*, 1993)، وقد أشار (Leidy) أن الوضع الوظيفي يعود إلى محور الأداء الوظيفي، وعرفه على النحو التالي: " إنه مفهوم متعدد المجالات، يُميز مقدرة الفرد على القيام بضرورات الحياة المتمثلة في الأنشطة التي يُؤديها الناس ضمن الدورة الطبيعية لحياتهم لمُقابلة الحاجات الأساسية " (Leidy 1994).

لا يمكن أن يحل الوضع الوظيفي محل نوعية الحياة لسببين، أولهما الاستخدام الطويل لمقياس (Karnofsky)، ما أدى إلى إساءة فهم الوضع الصحي وحصره فقط في الأداء البدني، وثانيهما أن الوضع الوظيفي يُقاس موضوعياً، ولا يخضع لأي تفسيرات شخصية (Bowling 1995).

1-4-2-2- الرضا بالحياة life satisfaction

بخلاف الوضع الوظيفي فإن الرضا بالحياة يُعد مقياساً شخصياً صرفاً، وقد ذكر بعض الباحثين أن الرضا بالحياة يُعد مُرادفاً لنوعية الحياة (Ferrans 1990).

وأشار Gotay أن رضا المريض يُعد أمراً مُهماً لا يمكن انكاره، لكنه لا يوازي نوعية الحياة (Gotay and C.C., 1996).

كذلك أكد (Sartorius) أن الرضا بالحياة ونوعية الحياة يمكن أن يختلف كل منهما عن الآخر، وعرف الرضا بالحياة بالآتي: " تحقيق الهدف أو الإحساس بالوصول إليه " بينما نوعية الحياة تنشأ من مستويات أداء لأهداف مختلفة للإنسان (Sartorius 1987).

1-4-2-3- العافية Well-being

أشار (Acton) في 1994 في دراسة له أن العافية تستخدم في الأكثر بالتبادل مع الرضا بالحياة ونوعية الحياة، مع أن الرضا بالحياة يُفترض أن يكون أحد ثلاث سمات مُميزة للعافية، فقد أشار (Acton) أنه ليس واضحاً كيف تختلف العافية عن نوعية الحياة، وأوصى بإجراء تحقيق مفاهيمي بين هذين المفهومين، وكثيراً ما تكون العافية مُتضمنة في تعاريف نوعية الحياة، وتبدو مثل الرضا بالحياة أحد مكونات المفهوم الأوسع لنوعية الحياة (Acton 1994).

عند وضع الصفات الهامة لنوعية الحياة، كما جرى تعريفها بوساطة (Meeberg) في الحسبان فإن العافية ونوعية الحياة لا يُمكن أن يكونا مترادفين لأن العافية تُعد أمراً شخصياً، ونوعية الحياة تمتلك الصفات الشخصية والموضوعية معاً (Meeberg 1993).

1-4-2-4- الوضع الصحي Health status

يُركز مفهوم الوضع الصحي مبدئياً على نحو عام على مستوى الاستقلال الجسدي (Physical Independence)، ويبدو أن ما يميز نوعية الحياة عن المفاهيم المرتبطة القريبة أنها ليست شخصية على نحو خالص مثل الرضا بالحياة والعافية ولا موضوعية على نحو تام مثل الوضع الوظيفي، وإنما هي صفات مشتركة من كليهما، ومع ذلك فإن تمييز نوعية الحياة من الوضع الصحي يُعد أكثر تعقيداً.

أشار (Brown) وزملاؤه في عام 1996 أنه «كثيراً ما يُشار إلى الصحة كأحد أهم المحددات (Determinants) لنوعية الحياة على نحو عام ولكن على العكس من ذلك فإن نوعية الحياة يُعتقد أنها أحد محددات الصحة على نحو عام» (Brown *et al.*, 1996).

1-4-3- مسائل في الاختلافات الثقافية لنوعية الحياة

تمثل نوعية الحياة مفهوماً اجتماعياً يتعلق بالمعنى الذّي يستخلصه الناس من المجالات الهامة في حياتهم، وهي تتعلق بالملاحظات الشخصية للمجالات الهامة في حياة الفرد، وذكرت مجموعة تقويم نوعية الحياة التابعة لمنظمة الصحة العالمية[1] (WHOQOL Group, 1995) أن هذه الملاحظات والتفسيرات الشخصية متجذرة في ثقافة كل فرد، وبناءً عليه وضعت تعريفاً لنوعية الحياة ضم مباشرة وعلى نحو واضح المكونات الثقافية كونها جزءاً مُكملاً لتعريف نوعية الحياة، وهو كما يلي:

« نوعية الحياة تُمثل مُلاحظات الأفراد عن وضعهم الحياتي في سياق الثقافة ومنظومة القيم التي ينتمون إليها وارتباطها بالأهداف والآمال والمعايير والاهتمامات،إنه مفهوم واسع المدى، يتأثر على نحو مُعقد بالصحة الجسدية للأفراد، والحالة النفسية، ومستوى الاستقلالية، والعلاقات الاجتماعية، وعلاقتهم ببيئتهم، واعتقاداتهم الشخصية والدينية والروحية» (WHOQOL Group, 1995).

تم تحديد المنهجية المستخدمة في فهم نوعية الحياة على نحو واضح من خلال التوجه النظري نحو الثقافة كجزء محوري لمفاهيم نوعية الحياة، وفي الوقت نفسه ينظر إلى نوعية الحياة كتفاعل غني بين المجالات أو المحاور المتعددة، وليس كظاهرة وحيدة الإتجاه (Skevington 2002).

أدى تبلور اتفاق عالمي لباحثين متخصصين في منظمة الصحة العالمية على ثلاثة وثلاثين مجالاً مهماً في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وتعريفاتها إلى تأليف كُتيب استخدم دليلاً لمجموعات بؤرية، اجتمعت لإيجاد بنود لنوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية.أعطت هذه المجموعات الصغيرة، والمؤلفة من مرضى واختصاصيي صحة وبعض الأصحاء من المجتمع، ومنهم مُقدمو الرعاية تعريفات عفوية لنوعية الحياة،

1. مجموعة (WHOQOL) هي تعاون من علماء وسريريين وباحثين يعملون معاً في إطار مفهوم نوعية الحياة وفقاً لبروتوكولات علمية عامة أُتفق عليها بالتراضي . (The WHOQOL 1994).

وقيموا أهمية المجالات المقترحة، وقاموا بالتعليق على بعض المجالات التي جرى حذفها، وتطوير منهجية للترجمة الحديثة والترجمة العكسية، تعتمد تعدد اللغات وثنائيتها، استخدمت فيها عملية متكررة (Iterative Process)، تطبق في كل مراحل تصميم المقاييس، وكانت اللغة الإنجليزية لغة عمل المجموعة، وتُعد الترجمات العكسية عالية الجودة، والمحك (Acid Test) لأي عملية ترجمة ناجحة، ويُعد تحديد وترجمة المفاهيم أشياء جوهرية لهذا النشاط، وخلصت المجموعات البؤرية في العالم إلى أن المعتقدات الشخصية والدين والروحانيات تُمثل البنود والمجالات المُهمة لنوعية الحياة والصحة، ووضعت هذه البنود بوساطة المجموعات مستخدمين لغاتهم ومفاهيمهم، وبهذه الطريقة أُنشئت مجموعة نوعية الحياة التابعة لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL Group, 1995).

1-4-4- أهمية قياس نوعية الحياة Importance of measurement

تسمح المعلومات عن نوعية الحياة بتقويم المشاعر والمُلاحظات على الصعيد الفردي وإمكان التواصل الفعال بين الاختصاصيين والمرضى، والفهم الأفضل لتأثير الصحة الفموية في حياة الفرد والعائلة، وقياس النتائج السريرية للخدمات المقدمة (Minayo *et al.*, 2000).

تُمكّن مقاييس الثقافات المختلفة من المُقارنات بشأن نوعية الحياة بين المجموعات الثقافية أو الاجتماعية المختلفة، وتُعد هذه المعلومات قيمة ومفيدة في الصحة العامة، تُمكن من تحديد حاجات السكان وأولويات الرعاية وتقويم خطط المعالجة المطبقة، ومن ثم تساعد صانعي القرار والمخططين على المستوى الوطني والإقليمي والدولي، وفي الوقت ذاته تقدم هذه الدراسات الواقعية ذات الثقافات المختلفة إضاءات نظرية عما إذا كانت نوعية الحياة مفهوماً عالمياً أو نسبياً Universal or Relativist Concept (Seidl and Zannon 2004).

تُساعد هذه الأدوات القياسية في مجال البحث العلمي في تقويم نتائج التدابير، والمُعالجات الطبية والاستشارية البديلة والفيزيائية والجراحية، وفي المراقبة المنظمة (Systematic Monitoring) للنتائج المستخلصة من التجارب السريرية المتعددة الجنسيات، والتي تؤدي لاحقاً إلى تطوير أدلة إرشاد لممارسة سريرية مُستندة إلى الدليل (Evidence-based clinical practice) (McGrath *et al.*, 2004).

1- 5- الفصل الخامس - نوعية الحياة عند الأطفال

1-5-1- تقويم نوعية الحياة عند الأطفال Assessing QoL in Children

تنشأ التحديات المنهجية (Methodological Challenges) لقياس نوعية الحياة عند الأطفال في ثلاث مجالات رئيسة، هي الصعوبات في مفهوم نوعية الحياة عند الأطفال، وخضوع الأطفال لتغيرات جسدية ومعرفية، واستخدام أسلوب التفويض (Marshman and Robinson 2007).

1-5-2- الصعوبات في مفهوم نوعية الحياة عند الأطفال

Difficulties with the Concept of QoL in Children

ليس هناك نموذج مفاهيمي (Conceptual Model)، ولا تعريف عليه إجماع لنوعية الحياة عند الأطفال، فمفاهيم الأطفال عن نوعية الحياة تتغير مع استمرار نموهم وكبرهم. فقد اتجهت المقاييس المستخدمة عند الأطفال في السابق نحو اعتماد نماذج نوعية الحياة للكبار، وجرى استخدام استبيانات لنوعية الحياة جرت ملاءمتها من مقاييس الكبار، بتبديل البنود الخاصة بالكبار مثل وضع كلمة المدرسة موضع كلمة العمل (Eiser and Morse 2001).

تُعد هذه الطرائق لتطوير المقاييس غير مُلائمة، لأن الكثير من محتوى استبيانات نوعية الحياة للكبار ليس لها صلة بالأطفال، وربما لاتخاطب مجالات حياتهم اليومية واهتماماتهم والتي تُمثل مطلباً أساسياً لمقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Guyatt *et al.*, 1986).

قام كل من (Vincent) و(Higginson) بمراجعة لمقاييس نوعية الحياة عند الأطفال، فلاحظا أن معظم المقاييس تُركز على المظاهر الجسدية المرتبطة بالأعراض ولاتتضمن البنود المرتبطة بالمدرسة ورياض الأطفال والأنشطة، وكان الاستنتاج أنه لو كان محتوى استبيانات نوعية الحياة عند الأطفال يعكس المراحل الأساسية في مراحل الطفولة فإن عوامل مثل العائلة والعلاقات الاجتماعية والأنشطة والدوام المدرسي يجب أن تكون مُتضمنة على نحو واضح (Vincent and Higginson 2003).

1-5-3- المُشكلات الحادثة بسبب التغيرات الجسدية والمعرفية عند الأطفال

Problems Due to the Cognitive and Physical Changes in Children

يتميز قياس نوعية الحياة عند الأطفال بالصعوبة والتعقيد، لأن الأطفـال يمثلـون تقريباً أهدافاً متحركة (Moving targets) لأن مرحلة الطفولة تحدث فيها تغيرات كبيرة في الإدراك الاجتماعي النفسي، بسبب التغيرات السريعة المُصاحبة لمراحل النمو المُشـاهدة في الملامح الوجهية والسنية لهؤلاء الأطفال (Allison *et al.*, 1997, Jokovic *et al.*, 2002).

تسـاعد الاسـتبيانات المبسـطة والعـروض والرسـوم المصـورة (Pictorial Representations) على التغلب على بعض القيود في مستويات القراءة والكتابة والفهم عند الأطفال، إلا أن ذلك يتطلب مقاييس مختلفة لمراحل النمـو المختلفـة عنـد الأطفال (Eiser *et al.*, 2000).

1-5- 4- استخدام طريقة تفويض الوالدين Use of Parental Proxy Method

يُعد استخدام تقويمات تفويض الوالدين من أجل نوعية الحياة مسألة مُلحة في أدبيات نوعية الحياة على نحو عام، وترتبط تحديداً بتقويم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية للطفل. تُستخدم المعلومات المُستقاة من الوالدين أو مقدمي الرعاية لتكملة تقـويم نوعيـة الحياة للطفل، أويمكن استخدامها تفويضاً للوالدين لتقويم الطفل، تكمن محاسـن تفـويض الوالدين ومقدمي الرعاية في التغلب على بعض المخاوف من مقدرة الأطفال على تقـديم التقويمات التي تتوافق مع التعبير عن مُعاناته الحقيقية والتغلب على المُشكلات العملية في القراءة والفهم، إضافة إلى أن استخدام أسلوب التفويض قد يكون الخيار الوحيد الذي يمكن تطبيقـه عمليـاً لـدى الأطفـال المرضـى أو الصـغار (Pantell and Lewis 1987, Li *et al.*, 2008, Jabarifar *et al.*, 2010, Scarpelli *et al.*, 2011).

تثير طريقة تقارير التفويض تساؤلاً عن مقدرتها في التعبير عـن مُعانـاة الطفـل الحقيقية، إضافة إلى موضوعات أخرى مثل درجة وعي الوالدين والتـأثير الاجتمـاعي (Social desirability).

قام كل من (Eiser) و(Morse) بمراجعة منهجية لتحديد العلاقة بين تقويمات نوعية الحياة عند الأطفال التي قدمها كل من الآباء والأطفال كل على حـدة، وأشـارت نتـائج

المراجعة إلى أن دقة تقويمات التفويض تعتمد المحاور المحددة لنوعية الحياة الموضوعة في الحسبان، ويكون التوافق أفضل بين الآباء والأطفال المصابين بأمراض مزمنة، مقارنةً بالآباء وأطفالهم الأصحاء (من الممكن بسبب تبادل المعلومات الدائم عن المرض والمعالجة).

يجب استخدام المعلومات المُستقاة من الآباء لتكملة آراء الأطفال مع أنه في بعض الحالات يكون استخدام التفويض أمراً لابد منه ولايمكن تجنبه (Eiser and Morse 2001).

يجري الحصول على مجموعة من الاستبيانات المتحيزة مثل تحيز المستجيبين نيابةً عن الأطفال، ما يُعقد جمع معلومات التقرير الذاتي في هذه المجموعة (Pantell and Lewis 1987)، وقادت هذه المُشكلات إلى ضرورة دراسة خصائص القياس النفسي (Psychometric Properties) لاستبيانات الأطفال الذين يجري استجوابهم.

1- 6- الفصل السادس - الصحة الفموية ونوعية الحياة

1- 6-1- نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

(HRQOL) Health Related Qualityof Life

جرى تعريف مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL) بالعمل على نوعية الحياة كونه مفهوماً عاماً (Haas 1999)، يستخدم مصطلح (HRQOL) ضمن البحوث والدراسات التي تسلط الضوء على مسائل الصحة ونوعية الحياة على نحو واسع مع مراعاة علاقة الصحة والمرض بنوعية الحياة، ويشمل مفهوم (HRQOL) كلاً من الأعراض والصحة الاجتماعية والنفسية والعقلية والجسدية والأداء الوظيفي، وكذلك المُلاحظات الشاملة عن أداء الأعمال والرفاهية (Berzon *et al.*, 1993, Wilson and Kaplan 1995, Sischo and Broder 2011).

لاحظ الكثير من المؤلفين أن معظم الباحثين اتفقوا على المحاور التالية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة وهي المُشكلات الجسدية (الأعراض والألم)، والمقدرة الوظيفية (النشاط)، والرفاهية العائلية، والروحانيات، والرضا عن المعالجة، والتوجه المستقبلي، والحميمية والوظيفة الاجتماعية، والوظيفة المهنية، حيث تحول تركيز مقاييس نوعية الحياة من قياس الصحة فقط مثلما كان يُركز مفهوم الوضع الصحي إلى قياس المجالات الأخرى من حياة الفرد مثل الروحانيات والأداء الوظيفي، وعليه أصبحت أكثر شمولاً (Wilson and Cleary 1995, Li *et al.*, 2008, Jabarifar *et al.*, 2010, Scarpelli *et al.*, 2011).

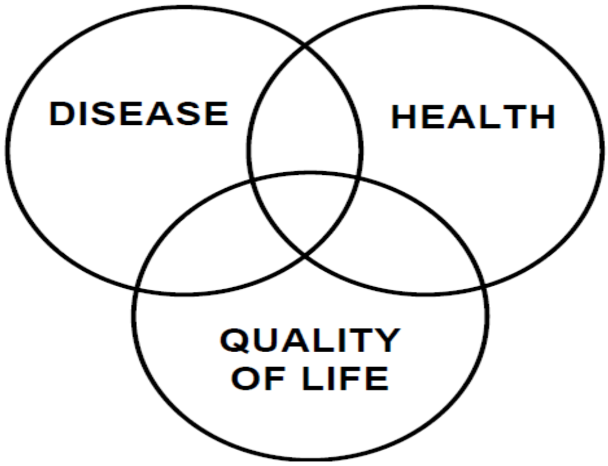
يكون تقويم المرضى لنوعية حياتهم المرتبطة بالصحة على نحو واضح مُختلفاً عن آراء اختصاصيي الرعاية الصحية، لأن تقويمهم لتداخلات الرعاية الصحية يكون أمراً مؤكداً وصحيحاً، ومن ثم يُعد تقويم الوضع الصحي المرتكز على المريض أمراً ضرورياً لقياس الصحة (Slevin *et al.*, 1988) (Sischo and Broder 2011).

وصف (Fitzpatrick) وزملاؤه استخدام مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة كما هو موضح في الجدول رقم(1) (Fitzpatrick *et al.*, 1992).

الجدول رقم (1) يوضح استخدامات مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

الرقم	**استخدامات مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة**
1	فحص المُشكلات الاجتماعية والنفسية في رعاية المرضى ومراقبتها.
2	المُسوح السُكانية للمُشكلات الصحية المُشاهدة.
3	الرقابة والفحص الطبي.
4	نتائج المقاييس في مجال الخدمات الصحية أو الدراسات التقويمية
5	التجارب السريرية.
6	دراسة تكلفة المنشآت ذات المنفعة العامة

1-6-2- العلاقة بين الصحة والمرض ونوعية الحياة



الشكل(4) يشيرإلى العلاقة بين المرض والصحة ونوعية الحياة

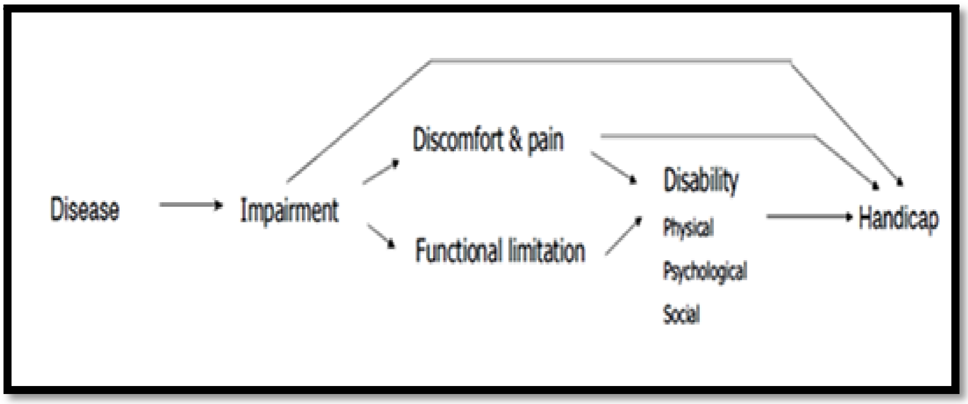
(Locker 1997)

هناك إدراك زائد أن نوعية الحياة تعود إلى شيْ أوسع من الصحة، كما يشير الشكل (4) فإن الحالات السريرية والمُشكلات الصحية يمكن أن تؤثر في نوعية الحياة، ولكن ليس ضرورياً أن يجري ذلك. ذكر مرضى كبار في بعض دراسات نوعية الحياة أن الصحة لم تكن أكثر العوامل أهمية وتأثيراً في نوعية حياتهم، فمثلاً مرضى اضطرابات عدم المقدرة المزمنة في الأكثر يحسون بنوعية حياة أفضل، مُقارنةً بالكثير من الأصحاء، وهذا يعني أنه ليس ضرورياً أن الصحة السيئة أو وجود المرض قد تقود إلى نوعية حياة سيئة (Sischo and Broder 2011) (Allison *et al.*, 1997, Locker 1997).

1-6- 3- تعريف الصحة الفموية Definition of Oral Health

طور (Locker) مُبكراً في 1988 إطاراً نظرياً للصحة الفموية، وصف فيه عواقب المرض الذي يمكن أن يؤدي إلى الضعف، والذي بدوره يقود إلى تحديد الوظيفة، و/ أو العجز ثم الإعاقة والتي تعد آخر عواقب المرض، يحدث العجز عند وجود الإزعاج والتحديد الوظيفي معاً وتكون الإعاقة أكثر توقعاً عند حدوث الإزعاج والتحديد الوظيفي والعجز (Locker 1988).

ارتكز هذا الإطار الموصوف من (Locker) الموضح في الشكل (5) على تصنيف منظمة الصحة العالمية للضعف وعدم المقدرة والإعاقة ومحاولات تضمين كل النتائج الممكنة الاجتماعية والنفسية والوظيفية للاضطرابات الفموية، وعُد الأشخاص الذّين فقدوا أسناناً مرضى ضعافاً (Impaired) كونهم فقدوا أجزاءً من أجسامهم (WHO, 1980). وتشمل التبعات لفقد الأسنان عدم المقدرة (Disability) أي غياب المقدرة على أداء المهام الحياتية اليومية مثل التحدث والأكل، والإعاقة (Handicap) مثل تقليل التفاعل الاجتماعي بسبب الإحراج عند وضع جهاز الأسنان الكامل، وقد مثل نشر الإطار النظري من (Locker) أساساً في تطوير البحوث في طب الأسنان.



الشكل (5) يوضح الإطار النظري لقياس الصحة الفموية
(Locker 1988)

جرى تعريف **الصحة الفموية** كما يلي:

مُستوى صحة الفم والنسج المرتبطة به، والتي تُمكن الأفراد من تناول الطعـــام، والتحدث والتفاعل اجتماعياً من دون أي مرض فاعل أو انزعاج أوعائق، والــذي مــن شأنه أن يُساهم في العافية العامة (Group, 1994).

عرّف الجراح العام للولايات المتحدة (SGROH) (Surgeon General's Report on Oral Health)، الصحة الفموية في تقريره كما يلي:

«مفهوم متعدد المجالات يعكس راحة الناس عندما يأكلون وينامون ويندفعون في تفاعل اجتماعي مثل الاعتزاز بالنفس والرضا الذاتي فيما يخــص صــحتهم الفمويـــة» (Satcher 2000)

1-6-4- لمحة عن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية

Background of Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL)

يُعد مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية (OHRQoL) مفهوماً جديداً، نشأ خلال ثلاثة العقود الماضية في أوائل الثمانينيات من القرن العشرين أوضح دليل برز نتيجةً لتأثير الأمراض الفموية في الأنشطة الاجتماعية، ومن ثم تطور تطوراً سريعاً، وتأخرت فكرة (OHRQoL)، مقارنةً بالفكرة العامة (HRQoL) والتي ظهرت في ستينيات القرن العشرين بسبب الإدراك الضعيف لتأثير الأمراض الفموية في نوعية الحياة، حيث كان الباحثون قبل أربعين سنة يرفضون فكرة ارتباط الأمراض الفموية بالصحة العامة (USDHHS, 2000).

ذكر كل من (Dunnell) و(Cartwright) أن الأمراض السنية تعدُّ مثل الشكاوى المتكررة كالصداع والطفح الجلدي والحروق، التي يُنظر إليها أمراضاً غير مهمة، كما أكد (Davis) أن الأمراض السنية وباستثناء أورام الفم والفكين المهددة للحياة، ليس لها أي تأثير في الحياة الاجتماعية، وأنها مرتبطة فقط بالمسائل التجميلية (Dunnell and Cartwright 1972, Davis 1976).

أشار كل من (Slade) و(Gift) وزملاؤه إلى التحول في مفهوم الصحة من الغياب التام للمرض والعجز إلى الرفاهية الاجتماعية والعقلية والجسدية التامة بعدّه مفتاحاً للنقاش (key issue) في مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ومن ثم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية (Gift *et al.*, 1997, Slade 2002).

1-6-5 – تعريـــف نوعيـــة الحيـــاة المرتبطـــة بالصـــحة الفمويـــة Definition of (OHRQoL)

طور كل من (Gift) زمــلاؤه في عام 1995 مفهوماً متعدد المجالات لنوعية الحيــاة المرتبطة بالصحة الفموية، قام على بنية نموذج نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (HRQoL) من كل من (Patrick) و (Erickson) (Patrick and Erickson 1993, Gift *et al.*, 1995).

تتداخل (OHRQoL) طبقاً لذلك النموذج مع وجود الضعف والمــرض وغيــاب أو الأعراض و الأداء البدني الملائم المصاحب للمضغ والبلع، وغياب الانزعــاج والألــم، والأداء العاطفي المترافق مــع الابتســامة، والأداء الاجتمــاعي المترافــق مــع الأدوار والوظائف الطبيعية، وملاحظات الصحة الفموية الممتازة، والرضا عن الصحة الفمويــة، وغياب الأضرار الاجتماعية أو الثقافية نتيجةً للوضع الفموي (Gift *et al.*, 1995).

ليس لمصطلح نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية تعريفاً دقيقاً ومع ذلك هنــاك اتفاقاً عاماً بعدّه مفهوماً مُتعدد المجالات (Sischo and Broder 2011).



الشكل (6) يوضح المجالات المكونة لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية (OHRQoL)
(Sischo and Broder 2011)

لم تعد المؤشرات السريرية التقليدية (Clinical Indicators) للأمراض الفموية مثل النخر السني أو الأمراض اللثوية ملائمة تماماً لاحتواء المفهوم الجديد للصحة، الذي أعلنته WHO، لأنها تعكس فقط المرحلة النهائية من عملية سير المرض، ولا تضع في الحسبان المظاهر الوظيفية والاجتماعية، والنفسية للصحة الفموية (Slade *et al.*, 1998).

وقد خلق هذا مطلباً مُلحاً لمقاييس جديدة وبديلة، تُقوم التأثيرات الاجتماعية والنفسية والجسدية للحالات الفموية في الفرد، ويجري تصميمها في شكل استبيانات (Al Shamrany 2006)، جرى تطوير الكثير من أدوات قياس الملاحظات الشخصية، لكن معظمها كان للكبار، حيث أجريت دراسات قليلة للتحقق من تأثير الأذيات السنية المختلفة في نوعية الحياة عند الأطفال واليافعين، واضعين في الحسبان علاقتهم باسلوب الحياة والبيئة الاجتماعية.

جرى إدراك محدودية النموذج الطبي الحيوي للصحة (Biomedical paradigm) والذي يتعامل على نحو رئيس مع المرض فقط، وبناءً على ذلك فإن أي مقياس للصحة يجب أن يقوم المجالات العاطفية والاجتماعية والبيئية والثقافية، اضافة إلى تقويم وجود المرض أو غيابه.

1- 6- 6- دلالات تقويم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية وأهميتها

Implications & Importance of assessing of (OHRQoL)

تكمُن أهمية مفهوم (OHRQoL) على نحو خاص في ثلاث مجالات، هي الممارسة السريرية لطب الأسنان، والبحوث السنية، والتوعية والتثقيف في طب الأسنان، وتؤدي (OHRQoL) دوراً واضحاً في الممارسة السريرية لطب الأسنان، والتي تترجم في تقدير وادراك الممارسين بأنهم لايعالجون الأسنان واللثة فقط، ولكنهم يعالجون كائناً بشرياً على نحو متكامل (Sischo and Broder 2011).

تحسِّن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية التواصل بين الأطفال المرضى وآبائهم والفريق السني وتؤمن فهماً واسعاً للأطباء السريريين للنتائج وللحالات الصحية الفموية المُلاحظة وتقويماً لتأثيراتها في حياة الأطفال وحياة عوائلهم (Holt 2001).

تعد فكرة (OHRQoL) مهمة على نحو كبير على كل مستويات بحوث الأسنان، حيث تساهم بحوث الأسنان الناجحة سواء كانت بحوثاً علمية أساسية أم دراسات سريرية أم بحوثاً تتعلق بالمجتمع في نوعية حياة المريض، وأصبح مفهوم (OHRQoL) على مستوى البحوث المتعلقة بالمجتمع حيوياً ومُهماً على نحو خاص للنهوض بالرعاية الصحية الفموية.

1-6-7- قيـــاس نوعيـــة الحيـــاة المرتبطـــة بالصـــحة الفمويـــة Measurement of (OHRQoL)

تتوافر ثلاثة معايير لقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية، هي:

1- المؤشرات الاجتماعية (Social Indicators).

2- التقويمـــات الشخصـــية الشـــاملة لنوعيـــة الحيـــاة المرتبطـــة بالصـــحة الفمويـــة (Global Self-Ratings).

3- اســـتبيانات نوعيـــة الحيـــاة المرتبطـــة بالصـــحة الفمويـــة ذات البنـــود المتعـــددة (Multiple items Questionnaires) (Slade 2002) (Li *et al.*, 2008, Scarpelli *et al.*, 2011).

تستخدم المؤشرات الاجتماعية لتقويم تأثير الحالات الفموية على مستوى المجتمع ، حيث تجرى مسوح سكانية كبيرة لتقويم عبء الأمراض الفموية علـــى مجمـــل الســـكان بوساطة المشعرات الاجتماعية مثل الأيام التي يكون فيها نشاط الفرد مَقيداً، وفقدان العمل والتغيب الدراسي بسبب الحالات الفموية، وبينما تكون المشعرات الاجتماعية ذات مغزى لصانعي السياسات، إلا أنها تكون محدودة في تقويم نوعية الحيـــاة المرتبطـــة بالصـــحة الفموية ومثالاً لذلك فإن استخدام فقدان العمل لقياس تأثير الأمراض الفموية لايكون مُشعراً مُلائماً للذين لا يعملون.

تشير التقويمات الشخصية الشاملة، التي تُعرف أيضاً بالتقويمات ذات البند الواحـــد (Single-Item Ratings) إلى سؤال الأفراد سؤالاً عاماً حول صحتهم الفموية ويمكـــن أن تكون خيارات الاجابة على السؤال الشامل تدريجية أو على صيغة المقيـــاس البصـــري المُتماثل (Visual Analogue Scale) (VAS) مقياس 100 مليمتر (Li *et al.*, 2008).

تُمثل الاستبيانات ذات البنود المتعددة الطريقة الأكثر استخداماً لتقويم نوعية الحيـــاة المرتبطة بالصحة الفموية، وبدأ الباحثون في تطوير مقاييس لنوعية الحياة على نحو محدد للصحة الفموية، حيث يزداد عددها باستمرار، لتواكب الطلب لمقاييس أكثر نوعيةً.

توفر قياسات (OHRQoL) معلومات أساسية عند تقويم حاجـــات المعالجـــة لـــدى الأشخاص، أو المجتمعات باتخاذ قرارات المعالجة السريرية، وتقويم الفتـــرات الزمنيـــة،

والخدمات والبرامج (Jokovic *et al.*, 2006)، ويُعدّ تقويم العوامل الوظيفية والنوعية للحياة بالمشاركة مع الحالة الصحية الفموية أمراً يساعد في تحديد الطرائق المثلى للعلاج السني والطبي عند الأطفال (Brown and AL-khayal 2006).

طُورت مُعظم الطرائق لقياس الصحة الفموية المُدركة شخصياً Self-perceived Oral Health في الدول الناطقة باللغة الإنجليزية، ويمكن أن تتأثر نتائج مقاييس الصحة بالاختلافات الثقافية والمفاهمية، وعليه فإن تطبيق مقياس ما لقياس الصحة في بيئات اجتماعية مختلفة يتطلب عملية تمهيدية (Preliminary process) لصدقية الاختلافات الثقافية بسبب تغير الزمان واختلاف المكان (Eao and Locker 2006) (Pahel *et al.*, 2007, Lee *et al.*, 2009, Jabarifar *et al.*, 2010, Scarpelli *et al.*, 2011)

1– 7– الفصل السابع – نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية للطفل

1–7–1– طرائق تقويم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية للطفل Methods of assessing COHRQoL

هناك طريقتان رئيستان،هما الطريقة التفسيرية (Hermeneutic) والطريقة الوظيفية (Functionalist)، وتعتمد الطريقة التفسيرية التفسير والتقويمات النوعية، بينما ترتبط الطريقة الوظيفية التي تُعد الأكثر شيوعاً في دراسات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، باستخدام مجموعة من الأسئلة (Batteries of questions) ، وتكون عادةً في شكل استبيانات، تؤكد الملاحظات الفردية عن المقدرة الوظيفية والصحة النفسية والجسدية، وتتطلب اختياراً دقيقاً وصارماً للمواد (الأسئلة)، واختباراً لخصائص القياس النفسي (اختباراً سيكومترياً يتضمن الصدق والثبات) للمقاييس في جلسات مختلفة (Bowling 1995, McGrath *et al.*, 2004, Pahel *et al.*, 2007, Lee *et al.*, 2009, Scarpelli *et al.*, 2011).

تُصنف مقاييس OHRQoL إلى مقاييس عامة، تقيس الصحة الفموية كلها ومقاييس نوعية تستخدم لقياس محاور أو حالات محددة للصحة الفموية مثل القلق السني والتشوه الوجهي السني ونخور الطفولة المبكرة ورضوض الأسنان، أوتقييم مجموعة محددة مثل الأطفال، وتتنوع هذه المقاييس على نحو واسع فيما يخص عدد الأسئلة (البنود) وصيغة الأسئلة والاجابات (Jokovic *et al.*, 2002, Jokovic *et al.*, 2006, Pahel *et al.*, 2007, Scarpelli *et al.*, 2011).

1-7-2- لمحة عن مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية للطفل Indicators of (COHRQoL)

استخدمت في المُحاولات الأولى لتقويم **(COHRQoL)** مقاييس صُممت أساساً للبالغين مثل مقياسي حجم تأثير الصحة الفموية[1] (OHIP) (Slade and Spencer 1994) والتأثيرات الفموية في الأداء اليومي[2] (OIDP) **(**Adulyanon and Sheiham 1997**)**، وهما المقياسان الأكثر استخداماً ودقةً وشموليةً وانتشاراً لقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية للبالغين، حيث يُشك في مُلاءمة هذه المقاييس للأطفال فيما يخص طولها ومحتواها، لا تضم مواد تُقوم العلاقات أو الأنشطة عند الأطفال، وخصائص قياسها النفسي (الصدق والثبات) والتي تتأثر عند استخدامها لعينة تختلف عن العينة التي أعدت للتطبيق عليها(Robinson *et al.*, 2003, McGrath *et al.*, 2004).

تختلف مُلاحظات الأطفال عن البالغين عن تأثير الصحة الفموية في نوعية الحياة، فاليافعون والأطفال يمتلكون نظرة غريبة (Peculiar View) عن أنفسهم والعالم بسبب مراحل نموهم الجسدية والعاطفية، ومن ثم هم غير قادرين على ملء استبيانات (OHRQoL)، وتقديم المعلومات الكاملة، لذلك يُطلب من الوالدين الإجابة نيابةً عن أطفالهم، حيث يكون ضرورياً الحصول على معلومات من الوالدين، ولوتوفرت الإجابات من الأطفال، لأن للأمهات تأثيراً كبيراً في القرارات الصحية التي تتعلق بأطفالهم، ولذلك يُوصى بأن تشمل استبيانات (OHRQoL) كلاً من الطفل والأم أو العائلة (Jokovic *et al.*, 2004, Pahel *et al.*, 2007). تميل تقارير الآباء للدقة تقريباً (More or Less) أكثر من الإفادات التي يقدمها الأطفال، ويبدو أن الآباء قادرون على تقويم المجالات المرتبطة بالأعراض الجسدية، وبالوظيفة على نحو أفضل من تلك التي ترتبط بالوظائف الاجتماعية والعاطفية تتمثل محاسن استخدام الاستبيانات في المسوح في قلة التكلفة، وقصر الوقت الذي يتطلبه جمع البيانات، والمقدرة على إخفاء اسماء المشاركين (Anonymity of the Participants) والوصول إلى أكبر عدد من الجمهور، ومع ذلك يكون للاستبيانات مُعدلات استجابة مُنخفضة (Lower Response Rate) مُقارنةً بالمُعاينات (Robinson *et al.*, 2003).

---

1. مقياس حجم تأثير الصحة الفموية (Oral Health Impact Profile) (OHIP) قام بتطويره كل من Slade وSpencer في 1994 وهو أحد أكثر المقاييس دقةً وشموليةً وانتشاراً (Slade and Spencer 1994).
2. مقياس التأثير الفموي في الأداء اليومي (Oral Impact on Daily Performance) (OIDP) استبيان واسع الانتشار قام بتطويره في تايلند كل من (Adulyanon) و(Sheiham) ، يشمل محاور اجتماعية ونفسية وجسدية، ويتألف من تسعة بنود لتقويم تأثير الصحة الفموية في مقدرة الفرد بالقيام بالأنشطة اليومية (Adulyanon & Sheiham 1997).

1-7- 3- مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة

Early Childhood Oral Health Impact Scale

يُعد أحد مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية، وهو مقياس تفويض للآباء ومُقدمي الرعاية، صُمم لتقويم التأثيرات السلبية للاضطرابات الفموية في نوعية حياة الأطفال في ماقبل المدرسة على أساس محاور الأعراض، والوظيفة، والمحاور الاجتماعية والعاطفية، وقد ارتكز على استبيان الملاحظات الأبوية، أو مقدمي الرعاية (Parental –Caregiver Perceptions Questionnaire) (P-CPQ) (Jokovic *et al.*, 2002) ، ووضع في نسخته الأصلية باللغة الإنجليزية وجرى تطويره واختبار صدقيته من مجموعة من الباحثين في جامعة كارولاينا الشمالية في الولايات المتحدة الأمريكية (Pahel *et al.*, 2007)، وبرهن على قدرته على التمييز بين الأطفال المصابين بمستويات مختلفة من النخور، وجرى لاحقاً لاحقا تطوير النسخة الفرنسية في مونتريال بكندا (Li *et al.*, 2008)، ثم النسخة الصينية (Lee *et al.*, 2009)، ثم النسخة الفارسية(Jabarifar *et al.*, 2010)، تلتها النسخة البرازيلية (Scarpelli *et al.*, 2011)، وأخيراً النسخة التركية (Peker *et al.*, 2011).

تألفت النسخة الإنجليزية الأصل لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة من 13 بنداً، كونت ستة محاور، (domains) ، قُسمت إلى قسمين أو مقياسين فرعين هما:

القسم الأول – التأثيرات الواقعة على الطفل Child Impact Section (CIS).

القسم الثاني – التأثيرات الواقعة على العائلة Family Impact Section(FIS) .

<u>يتكون قسم التأثيرات الواقعة على الطفل من أربعة محاور هي:</u>

1- محور الأعراض التى يعانيها الطفل ويمثله البند الأول.

2- محور الأداء الوظيفي (الأنشطة) للطفل (من البند الثاني حتى البند الخامس).

3- المحور النفسي للطفل (البندان السادس والسابع).

4- محور الصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي (البندان الثامن والتاسع).

بينما يتكون <u>قسم التأثيرات الواقعة على العائلة من محورين هما:</u>

1- محور الضغوط التي يتعرض لها الوالدان (البندان العاشر والحادي عشر).

2- محور الوظيفة التي يقوم بها الوالدان (البندان الثاني عشر والثالث عشر).

وتوزعت البنود الثلاثة عشر على المحاور الأربعة المكونة للقسم الأول، كما يلي: (4و 2 و2 و2) بنداً، بينما كان توزعها على المحورين الاثنين المكونين للقسم الثاني كالآتي: (2 و2) بندان على التوالي وفقاً لترتيب المحاور الواردة في المقياس، وبسبب طبيعة حدوث المُشكلات الصحية الفموية على فترات مُتباعدة (Infrequent Nature) إضافة إلى العمر الصغير للأطفال (ثلاث إلى خمس سنوات)، يُطلب من الوالدين تسجيل عدد مرات حدوث الظاهرة خلال كامل حياة الطفل، ويجري ترتيب تصنيف الإجابات لكل بند وفقاً لمقياس ليكرت ذي النقاط الخمس (5-point Likert scale) كالآتي: لا أبداً = 0 ، نادراً = 1 ، أحياناً = 2 ، كثيراً = 3 ، كثيراً جداً = 4 ، لا أعرف = 5. (Norman 2010).

يجري حساب نقاط المقياس بوساطة الجمع البسيط المباشر لترميزات الإجابات لقسمي التأثيرات الواقعة على الطفل والتأثيرات الواقعة على العائلة على نحو مستقل كل عن الآخر، يجري الحصول على المجموع الكلي لنقاط (ECOHIS) بجمع نقاط الإجابات الخاصة بـ 13 بنداً، حيث يتراوح المجموع الكلي للنقاط بين o إلى 52، وتتراوح نقاط قسم التأثيرات الواقعة على الطفل ونقاط قسم التأثيرات الواقعة على العائلة بين 0 إلى 36، وبين0 إلى 16، وذلك على التوالي، حيث تُعطي قيم الإجابات التقويم العام لتأثير الحالة الصحية الفموية لكل طفل في نوعية الحياة عنده، بينما تنتج القيمة الكليّة لكل محور صحي عن مجموع قيم إجابات الأسئلة التي يتضمنها المحور، تُشير النقاط العالية (ECOHIS) إلى وجود مؤثرات صحية فموية كبيرة، ما يدل على وجود مُشكلات صحية فموية كثيرة ومن ثم نوعية حياة منخفضة وغير مُعافاة (Jokovic *et al.*, 2006, Pahel *et al.*, 2007).

1- 8- الفصل الثامن - التأثيرات السلبية في نوعية الحياة

1-8-1- التأثيرات السلبية للصحة الفموية في نوعية الحياة

Impacts of oral Health on QoL

تسبب المُشكلات الصحية الفموية تأثيرات سلبية في الأداء اليومي ونوعية الحيـــاة، لأنها تؤثر في استمتاع الأفراد بمضغ الطعام وتذوقه، ونموهم، وفـــي الـــتكلم والتـــداخل الاجتماعي (Pahel *et al.*, 2007,Scarpelli *et al.*, 2011).

ذكر (Anderson) وزملاؤه أن الصحة الفموية السيئة للأطفال تهدد سعادة الأســـرة بسبب شعور الآباء بالذنب تجاه مشكلات أطفالهم واضطرارهم إلى تـــرك أعمـــالهم، أو التغيب عنها، اضافةً إلى التكاليف المرتبطة بالمعالجات السنية (Anderson *et al.*, 2004) .

أكد تقرير لــ (WHO) أن الأمراض الفموية تسبب الألم والمُعاناة والقهر النفســـي والحرمان الاجتماعي، ما يؤدي إلى أضرار فردية واجتماعية (Gomes and Abegg 2007).

تؤثر (ECC) في المُجتمعات، حيث تُعد المُعالجات مكلفة جداً، وكثيـــراً مـــاتكون مُعالجات ترميمية واسعة وقلوعاً للأسنان في فترات مبكرة من العمر، وقد تكـــون هنـــاك حاجة إلى التركين العميق والتخدير العام لبعض الأطفال الصغار، الذين تنقصهم المقـــدرة للتجاوب مع الإجراءات السنية، وتؤثر (ECC) في أنظمة الرعاية الصحية علـــى نحـــو كبير، ويصعب توثيق التكاليف المُباشرة لنخور الطفولة المبكرة، لعدم جمع معلومات عن الخدمات السنية والطبية، التي ترتبط على نحو محدد بها ولكن وضعت بعض التقـــديرات لتكاليف الرعاية.

توفي الكثير من الأطفال بسبب حوادث مُؤســـفة للتـــركين (Sedation Mishaps)، أوبسبب جرعات التخدير الزائدة في أثناء مُعالجة نخور الطفولة المبكرة، وتُعـــد قضـــية الطفل (Deamonte Driver) الأكثر شُهرةً لمعدل الوفيات المرتبط بــــ (ECC)، وقضية الطفل (Alexander Callender) (6 سنوات) المتوفى في ولاية الميسيسبي بسبب الإنتانات،

وحادثة وفاة الطفلة (Jackie Martinez) البالغة من العمر (7سنوات) من ولاية كالفورنيا، والتي اختنقت بسبب انسداد مجرى تنفسها بتاج معدني في أثناء مُعالجتها (Palmer 2007). لم تكن مُعدلات الوفيات المرتبطة بـ (ECC) التالية للإنتانات أو المُعالجات معروفة حتى وقت قريب بسبب المسوح والتبليغ غير الكافيين (Underreported)، وغياب السجل الخاص بنخور الطفولة المبكرة (ECC registry)، اضافةً إلى المسائل المتعلقة بالسرية من المستشفيات والأطباء.

قام (Cassamassimo) وزملاؤه حديثاً بتلخيص التكاليف الاقتصادية والبشرية لنخور الطفولة المبكرة، كما هو موضح في الشكل (7)، ووجدوا تقارير لوفيات كثيرة مرتبطة بإنتانات دموية، ولاحظوا أن أعداد الوفيات الناتجة عن التخدير المستخدم في المعاجات السنية غير معروفة (Cassamassimo *et al.*, 2009).



الشكل (7) يبين الشكل الهرمي المقترح لإمراضية وفيات نخور الطفولة المبكرة ومعدلها
(Cassamassimo et al., 2009)

1-8-2- التأثيرات السلبية لنخــور الطفولـــة المبكــرة فـــي العائلـــة

Impacts of ECC on Family

يُعد الإحساس بالذنب، والشعور بالانزعاج، والقلق، وترك الوظائف والأعمال، ومن ثم فقدان الدخل في أثناء فترة التردد بالأطفال خلال المراجعات السنية المتعددة، وتكلفــة المواصلات، وقضاء الكثير من الوقت للعثور على طبيب أسنان، والحصول على رعايــة مالية مُشكلات كبيرة وحقيقية، تواجه عوائل الأطفــال المصــابين، وتُفــاقم أوضـــاعهم الاقتصادية، وتواجه هذه العائلات عند وصولها إلـــى الرعايـــة صـــعوبات كبيــرة، لأن مواردها المالية المُتاحة أقل من تكلفة المُعالجات المطلوبة، ومن ثم تتواصل هذه المُعانـــاة حيث إن (ECC) تؤهب هؤلاء الأطفال لنخـــور مســـتقبلية تصـــيب الأســـنان الدائمـــة (Wandera *et al.*, 2000, Cassamassimo *et al.*, 2009) .

كانت التأثيرات الأكثر شيوعاً في دراسة (Pahel) وزملائه لدى العائلة هي ترك أو فقدان العمل، وبلغت النسبة (20%) (Pahel *et al.*, 2007).

ذكر LEE وزملاؤه أن معظم المشاركين في دراستهم أجابوا بـــــ **(لا)** علـــى البنود المتعلقة بالإحساس بالذنب، وبترك العمل، والتأثير والعبء المادي علـــى العائلـــة (Lee *et al.*, 2009).

كانت التأثيرات السلبية الأكبر الواقعة على العائلة في دراسة (Scarpelli) التمهيدية وفي دراسته الرئيسة هي الإحساس بالذنب بنسبة (27.3%)، و(22.0%) على التـــوالي، يلي ذلك الإحساس بالانزعاج والقلق (19.8%) (Scarpelli *et al.*, 2011).

أجاب معظم المشاركين في دراسة (Peker) وزملائه بـــ **(لا)** عن البنود المتعلقة بالإحساس بالذنب، وبترك العمل، والتأثير والعبء المادي على العائلة (Peker *et al.*, 2011).

1-8-3- التأثيرات السلبية لنخور الطفولة المبكرة في الطفل Impacts of ECC on Child

كانت التأثيرات الأكثر شيوعاً في دراسة (Pahel) وزملائه لدى الأطفال هي الألم (14.9%)، والتهيج (Irritability) (9.2%) (Pahel *et al.*, 2007).

وكان الألم التأثير الأكبر بالنسبة للأطفال في دراسة (LEE) وزملاؤه بنسبة (47.7%)، يليه الصعوبة في أكل بعض الأطعمة (33.3%)، وفي تناول بعض المشروبات الباردة أو الساخنة (25.2%) (Lee *et al.*, 2009).

كانت التأثيرات الأكثر شيوعاً في دراسة (Scarpelli) وزملائه الرئيسة في قسم التأثيرات الواقعة على الطفل هي الألم (21.6%)، والصعوبة في الأكل (16.5%)، والصعوبة في الشرب (14.3%) (Scarpelli *et al.*, 2011).

ذكر (Peker) وزملاؤه أن التأثيرات السلبية لدى الأطفال كانت حسب الترتيب: التهيج (46.3%)، والصعوبة في أكل بعض الأطعمة (43.8%)، والاضطرابات في النوم (43%)، والألم (40.5%)، والصعوبات في النطق (39.7%)، والصعوبة في تناول بعض المشروبات (38.9%)، والغياب عن الروضة (38.8%) (Peker *et al.*, 2011).

استنتج (Abanto) وزملاؤه في دراستهم على أطفال تراوحت أعمارهم بين سنتين إلى خمس سنوات أن كل من شدة الـ (ECC) والدخل العائلي المتدني لهما آثار سلبية في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية للأطفال في ما قبل المدرسة وفي عوائلهم (Abanto *et al.*, 2011).

أكد كل من (Gaur) و(Nayak) في دراسة حديثة أن (ECC) تؤثر في معدلات النمو ونوعية الحياة، خاصةً الأطفال ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض (Gaur and Nayak 2011).

تُعد نوبات الألم (Episodic pain) الناشئة من النخور السنية حالةً شائعة الحدوث في كل الأعمار، خاصةً الأعمار المبكرة، حيث تُصيب (20%) من الأطفال في ما قبل المدرسة (Tickle *et al.*, 2008).

أشارت دراسات إلى وجود ارتباط بين الأداء المدرسي الضعيف وتدني الصحة العامة والفموية (Vargas *et al.*, 2005, Blumenshine *et al.*, 2008).

الألم السني أكثر أعراض (ECC) غير المُعالجة تأثيراً في نوعية الحياة، ومع ذلك فإن هناك دراسات قليلة عن وبائيات الألم السني عند الأطفال

(Epidemiology of Children's Dental Pain)، والذي يؤثر في الأنشطة الدائمة مثل الأكل والنوم واللعب (Edelstein *et al.*, 2006).

أشارت بعض البحوث إلى وجود دور سلبي لـ (ECC) في كل من الصحة العاطفية والجسدية، حيث إن مُعالجة (ECC) تُحسن الكثير من الاضطرابات وسوء الوظيفة المرتبطة بها(ECC-related dysfunctions) ، ومثال ذلك مُعالجة الأسنان المصابة تؤدي إلى زوال الألم وإلى زيادة في سرعة النمو و تحسن في نوعية الحياة (Easton *et al.*, 2008, Gaur and Nayak 2011).

هناك اهتمام كبير في أقسام الرعاية الطبية الإسعافية للأطفال في سمية دواء[1] (Acetaminophen) بسبب الاستخدام الزائد من الوالدين للسيطرة على الآلام السنية لأطفالهم المرتبطة بـ (ECC)، ويمكن أن تتراكم الجرعات السمية على نحو سريع مسببةً تخرباً في الكبد عند الأطفال الصغار(Squires *et al.*, 2006, Amar and Schiff 2007).
لم تعد الطرق التقليدية (مشعرات DMFT/dmft) المستندة إلى معايير ومؤشرات سريرية لقياس الصحة الفموية مثل النخر السني أو الأمراض اللثوية مُلائمة تماماً لاحتواء المفهوم الجديد للصحة، الذي أعلنته (WHO)، ولم تُعد أسلوباً ملائماً يُعتد بها على مستوى وضع سياسات الصحة الفموية، لأنها صُممت أساساً لتحديد حجم المرض (النخر السني) (Magnitude of the disease) ، وليس تأثير هذا الحجم(Impact of that magnitude) في الحياة اليومية والصحة العامة للأفراد، إضافةً إلى عكسها فقط المرحلة النهائية من عملية سير المرض، ولا تضع في الحسبان المظاهر الوظيفية والاجتماعية والنفسية للصحة الفموية (Slade *et al.*, 1998) (Sischo and Broder 2011)، وتُعدّ (OHRQoL) مظهراً من مظاهر الصحة السنية، حيث تعبر عن إحساس المريض المُدرك لذاته إذا ما كانت صحته الفموية الحالية تؤثر في نوعية الحياة لديه فعلياً أم لا، وعليه تكون OHRQoL أكثر نفعاً لتوعية الأفراد بصحتهم الفموية، حيث إن الناس يميلون دائماً إلى التصرف بإيجابية عند توعيتهم بخطورة أمراضهم ومُشكلاتهم الفموية، وأنها لا تؤثر فقط في اللثة والأسنان، بل يمتد تأثيرها إلى صحتهم العامة ونوعية حياتهم، وهذا خلق مطلباً مُلحاً لمقاييس جديدة للوضع الصحي خلافاً للمقاييس السريرية للوضع المرضي، ونتيجةً لذلك بدأ الباحثون بتطوير مقاييس بديلة يجري تصميمها في شكل استبيانات تُقوم التأثيرات الاجتماعية والنفسية والجسدية للحالات الفموية في الفرد(Al Shamrany 2006) (Wogelius *et al.*, 2009) (Slade *et al.*, 1998, Pahel *et al.*, 2007, Scarpelli *et al.*, 2011).

1. الأسيتامينوفن (ويعرف أيضاً باسم الباراسيتامول أو APAP) ويستخدم على نحو واسع مسكناً للألم وخافضاً للحرارة (Amar and Schiff 2007) (Squires et al. 2006).

الْبَابُ الثَّانِي

المواد والطرائق

2

Materials and methods

2-1- أولاً - الدراسة الوبائية (دراسة انتشار نخور الطفولة المبكرة)

2-1- 1 - العينة Sample

تألفت عينة البحث من 1201 طفل من كلا الجنسين تراوحت أعمارهم بين 3 و5 سنوات، جرى اختيارهم لإجراء الفحص السريري العياني على نحو عشوائي بسيط، وأنجز الفحص السريري بين نهاية كانون الأول ومنتصف أيار عام2011.

2-1- 2- المواد والأدوات والتجهيزات المستخدمة

Materials & Instruments& supplies

شملت الآتي:

- مجموعة أدوات فحص نبوذة، تألفت من مرآة أسنان مستوية ومسبر وملقط وصينية وشانة موضوعة ضمن مغلف مختوم مُعقّم بالأشعة فوق البنفسجية Sterile Dental Examination Instruments Set.
- فواتح فم ومبعدات خد بلاستيكية Mouth&Cheek Plastic Opener&Retractor.
- جهاز إضاءة محمول على الرأس(Headlight) صيني الصنع نوع JIAGE/YD-3303.
- لفافات من القطن المعقم Sterile Rolled Cotton Wool.
- حاويتان مع أغطية إحداهما للأدوات المعقمة والأخرى للأدوات المستخدمة StainlessSteel Containers
- محاليل مطهرة Disinfectant Solutions
- قفازات فحص نبوذة Examination Disposable Cloves
- أقنعة وجهية نبوذة Disposable Facial Mask
- نظارات واقية Protective glasses
- حقيبة يدوية لحمل الأدوات Handbag for Materials
- سجل وبائي Log Book
- استمارات الفحص السريري والاستبيانات Examination & Questionnaire Forms

- أدوات مكتبية Stationery
- جهاز حاسوب محمول (Laptop) Portable Computer
- آلة تصوير رقمية نوع Digital Camera (SONY DSC-T70) / 8.1 MEGA PIXELS
- رداء طبيب أبيض مع لوحة اسمية.



الشكل (8)- سجل وبائي



الشكل (9)- حقيبة لحمل الأدوات



الشكل (10)- آلة تصوير رقمية نوع سوني



الشكل (11)- جهاز حاسوب محمول



الشكل (12)- أدوات مكتبية



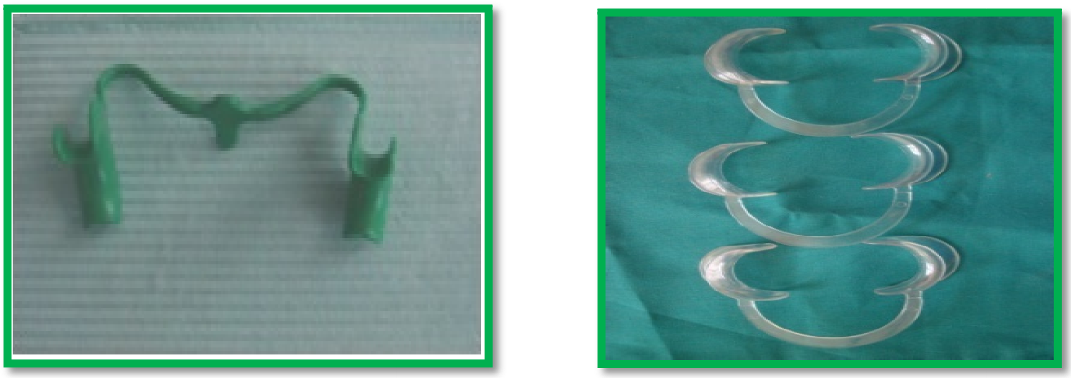
الشكل (13)- قفازات فحص نبوذة



الشكل (14)- أقنعة وجهية نبوذة



الشكل (15)- مجموعة أدوات فحص نبوذة



الشكل (16)- فواتح فم بلاستيكية



الشكل (17) - محاليل مُطهرة



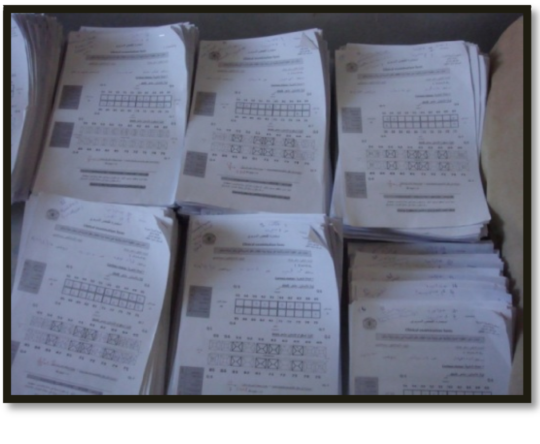
الشكل (18) – حاويتان إحداهما للأدوات المعقمة ، والأخرى للأدوات المستخدمة



الشكل (19) – نظارة واقية



الشكل (20) – جهازإضاءة محمول على الرأس



الشكل (21) – استمارات الفحص السريري والاستبيانات

2-1-3- الطـرائق: Methods

2-1-3- 1- تصميم الدراسة: Study Design

قسمت الدراسة إلى محورين رئسين، **الأول** دراسة وبائية وصفية مقطعية عرضانية (Cross Sectional Descriptive Epidemiological Study) جُمعت فيها المعلومـات مـرةً واحدة فقط شملت 1201 طفل لتقويم حالة النخر السني بتحديد الإنتشارالحالي (Current Prevalence) وشدة (Severity) ونماذج (Patterns) نخور الطفولة المبكـرة (ECC) فـي رياض مدينة دمشق، و**الثاني** دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسـة السـيكومترية) للتحقق من صدق النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكـرة وثباتها، وجُمعت فيها المعلومات على مرتين (اختبار وإعادة الاختبار)، شملت 126 طفلاً مع أولياء أمورهم لأطفال الرياض في مدينة دمشق (83 مصابون بنخورطفولة مبكـرة، و43 غيرمصابين) لتقويم تأثير نخور الطفولة المبكرة في نوعية حياة الأطفال وعوائلهم.

2-1-3-2-الموافقة الأخلاقية:

Informed Consent and Ethical Permission

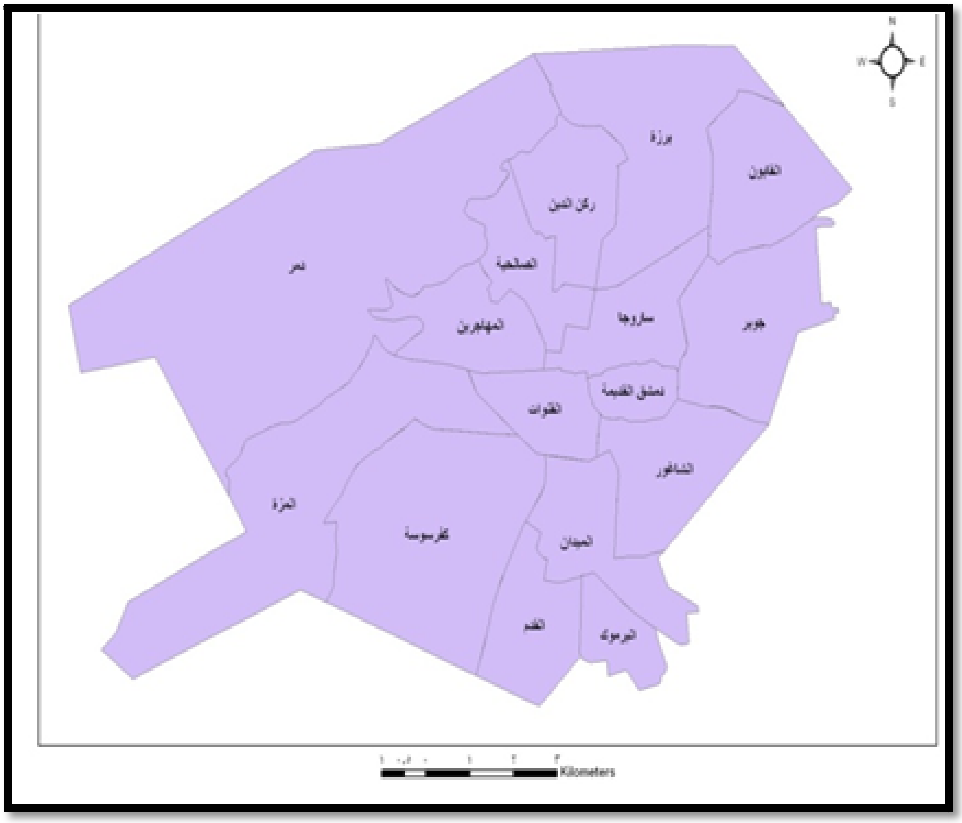
أخذت الموافقة من لجنة البحث العلمـي بجامعـة دمشـق (رقـم/1610/ تـاريخ 2010/4/19)، وبناءً عليها جرى الحصول على موافقة السلطات الرسـمية مـن وزارة التربية (رقم/4/5821 تاريخ 2010/11/14)، وجرى أخذ موافقات أولياء أمورالأطفـال (Informed Consent) بمساعدة الإدارة والمُدرسات بعد توضيح أهداف الدراسة وطوعية المشاركة فيها وسلامة إجراءاتها وسرية البيانات(Data Confidentiality)، التـي يجـري الحصول عليها.

2-1-3 – 3- مكان الدراسة Study Setting

أجريت الدراسة في عدد من رياض الأطفال في مدينة دمشق، بناءً على الخريطـة الصحية المُعدة من المكتب الإحصائي في مديرية تربية دمشـق الشـكل (22)، والتـي قسمت المدينة فيها إلى ست عشرة منطقة الجدول (2) كما يلي :

الجدول (2) يظهرأسماء مناطق مدينة دمشق الست عشره المشمولة في الدراسة.

الرقم	اسم المنطقة	الرقم	اسم المنطقة
1	المزة	9	ساروجا
2	كفرسوسة	10	جوبر
3	الميدان	11	الشاغور
4	المهاجرين	12	دمشق القديمة
5	برزة	13	القابون
6	ركن الدين	14	الصالحية
7	دمر	15	القنوات
8	القدم	16	المخيم



الشكل(22) خريطة توضح مناطق مدينة دمشق

2-1-3-4- الاعتيان Sampling

2-1-3-4-1- تحديد حجم المجتمع الإحصائي Population Determination

جرى تحديد المجتمع الأصلي لعينة البحث، وهو مجموعة أطفال رياض محافظة دمشق، الذين تتراوح أعمارهم بين 3-5 سنوات حيث بلغ عددهم في فترة إجراء البحث 24013 طفل، كانوا موزعين وفقاً لنوع التعليم، رسمي وخاص، حسب الإحصاءات الرسمية التي جرى الحصول عليها من مديرية التربية، دائرة التخطيط والإحصاء والخريطة المدرسية.

2-1-3- 4-2- حجم العينة وقوة الدراسة ونسبة الاستجابة:
Sample Size Determination & Power of the Study& Response rate

جرى تحديد حجم العينة باعتماد الجداول الإحصائية والدراسات العالمية، وبناءً على العدد الإجمالي للأطفال بعمر 3 إلى5 سنوات والذين قصدوا رياض الأطفال في مدينة دمشق للعام الدراسي2011-2010 وجرى الأخذ في الحسبان العدد الكلي لرياض الأطفال ووجود نوعين من الرياض رسمية وخاصة. جرى تحديد مستوى الثقة المطلوب بـ (95%) وتم تقدير نسبة انتشار النخور بين أطفال المجتمع الأصلي بـ (50%) (النسبة الأكثر أماناً من الناحية الإحصائية) وجرى تحديد درجة الدقة المطلقة المطلوبة للنتائج المراد الحصول عليها بـ (0.03)، ثم جرت الاستعانة بالدليل العملي لتحديد حجوم العينات للدراسات الطبية الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO)، وجرى الرجوع إلى الجدول الخاص باختيار الحجم الأدنى للعينات (Lwanga and Lemeshow 1991) بناءً على المُعطيات السابقة، فكان حجم العينة المختار1067 مفردة، وقد جرت زيادة الحجم بمقدار 233 مفردة لزيادة الثقة في تمثيل العينة المختارة للمجتمع الأصلي، فأصبح 1300 طفل وقد جرى استبعاد نتائج معاينة 84 منهم بسبب عدم تحقق الشروط، فأصبح حجم العينة 1216 طفلاً، جرى اختيارهم عشوائياً من 67 روضة، وجرت معاينتهم من الناحية السريرية، ثم جرى الاستغناء عن نتائج معاينة 15 طفلاً آخرين بسبب اكتشاف إصابتهم بأمراض عامة، قد تؤثر في الصحة الفموية وانتشار نخور الطفولة المبكرة، كما في الجدول(3) ومن ثم أصبح الحجم النهائي 1201 طفل بنسبة استجابة وصلت إلى (92%)، اعتمدت نتائج معاينتهم والاستقصاء عن الخصائص السنية والفموية لديهم، وقد بلغت نسبة حجم العينة النهائي إلى حجم المجتمع الأصلي للعينة 5.0%.

الجدول رقم (3) توزع الأطفال المستبعدين من عينة البحث بسبب عدم تحقق الشروط وبسبب إجراءات البحث ، وبسبب مرض عام.

سبب الاستبعاد Cause of Exclusion	عدد الأطفال المستبعدين Excluded children N	النسبة المئوية Percentage (%)
أطفال رفض آباؤهم الدخول في الدراسة، أو عجزوا عن الإجابة عن الأسئلة	45	3.5
أطفال غير متعاونين	25	1.9
أطفال من جنسيات أخرى	14	1.07
ضعف في النمو وسوء امتصاص	6	0.46
أمراض غدد صماء(فرط غدة درقية وسكري أطفال)	2	0.15
روماتيزم وأمراض عظام و مفاصل	3	0.23
أمراض دموية (فقر دم – انحلال دم)	3	0.23
صرع (نقص مادة بيضاء)	1	0.08
المجموع	99	7.7

2-1-3- 4- 3- اختيار العينة Sample Selection

فيما يخص المحور الأول (دراسة الانتشار) فقداختيرت عينة عشوائية طبقية بسيطة (Stratified Simple Random Sample) ، وفق شروط معينة، إذ تم الأخذ في الحسبان توزع المجتمع الأصلي وفقاً للمنطقة المدروسة عند اختيار أطفال عينة البحث، إذ جرى انتقاء الأطفال عشوائياً وفقاً لنسبة حجم المجتمع الأصلي الفرعي (في كل منطقة على حدة) إلى حجم المجتمع الأصلي الكلي لعينة البحث بحيث تراوحت نسبة أطفال كل مجموعة فرعية إلى مجتمعها الأصلي الفرعي بين (4.4%) و(5.9%) وكانت نتائج الاختيار والتوزيع كما في الجدول رقم (4)، ولضمان التمثيل الصحيح لعينة البحث لمجتمعها الأصلي تم الانتقاء بطريقة العشوائية البسيطة، حيث جرى تحديد أسماء الرياض عشوائياً بطريقة سحب الأوراق بناءً على الجداول الإحصائية الرسمية، والتي شملت الرياض الرسمية[1] والرياض الخاصة، إضافةً لروضة المركز الإقليمي لتنمية الطفولة المبكرة التابعة لوزارة التربية بالتعاون مع منظمة اليونسكو[2] كما هو موضح في الجدول

1. تشمل الرياض التابعة لمديرية التربية والاتحاد النسائي و نقابة المعلمين.
2. هي منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (UNESCO) United Nations Educational Scientific and Cultural Organization.

(5)، ما يشير إلى التوزع الشامل لكل مناطق مدينة دمشق، وجرى اختيار الأطفال ضمن كل روضة بطريقة عشوائية منتظمة، معتمدين على القوائم الخاصة بكل فئة (KG-Class)، أما المحور الثاني من الدراسة فقد اختيرت عينة ملائمة فرعية غير عشوائية (Non-random Convenient Sub-sample) من عينة الدراسة الرئيسة، شملت أطفالاً مصابين بالنخر وأطفالاً غير مصابين (Heary and Hennessy 2002).

2-1-3- 5- معاييرالدخول في العينة Inclusion Criteria

شملت الدراسة أطفال رياض مدينة دمشق المتعاونين، الذين تتراوح أعمارهم بين 3 إلى 5 خمس سنوات من كلا الجنسين.

2-1-3 -6 - معايير الإستبعاد من العينة Exclusion Criteria

جرى استبعاد المجموعات أدناه من العينة:

1- الأطفال الذين زادت أعمارهم أو قلت عن الفئة العمرية المحددة للدراسة.

2- الأطفال من جنسيات أخرى غير السورية.

3- الأطفال ذوو الحاجات الخاصة (المعوقين عقلياً وجسدياً).

4- الأطفال الذين يتعاطون أدوية باستمرار أو يعانون مُشكلات طبية شديدة أو أمراضاً مزمنة مثل مرض السكر، وأمراض القلب، وأمراض الدم، والكلى والكبد، وأمراض جهاز المناعة وغيرها.

5- الأطفال ذو الصحة الفموية الحالية غير الجيدة، التي لا تسمح بفحصهم بسبب وجود خراج أو إصابة فيروسية حادة.

6- الأطفال غير المتعاونين، أوالذين رفض آباؤهم الدخول في الدراسة، أوعجزوا عن الإجابة عن الأسئلة.

جدول رقم (4) يبين كيفية توزع أطفال المجتمع الأصلي لعينة البحث وفقاً للمنطقة المدروسة واختيار أعداد الأطفال ضمن عينة البحث.

المنطقة المدروسة	العدد الكلي للأطفال	نسبة عدد الأطفال في المنطقة إلى العدد الكلي	العدد المطلوب فحصه في عينة البحث	عدد الأطفال الفعلي في عينة البحث	النسبة المئوية لتوزع الأطفال في العينة	النسبة المئوية لعدد الأطفال الفعلي إلى عدد الأطفال في المجتمع الأصلي في المنطقة
المزة	2995	12.5	150	154	12.8	5.1
كفرسوسة	705	2.9	35	40	3.3	5.7
الميدان	3493	14.5	175	172	14.3	4.9
المهاجرين	2861	11.9	143	139	11.6	4.9
برزة	1868	7.8	93	87	7.2	4.7
ركن الدين	847	3.5	42	43	3.6	5.1
دمر	2431	10.1	121	119	9.9	4.9
القدم	691	2.9	35	34	2.8	4.9
ساروجا	1452	6.0	73	75	6.2	5.2
جوبر	1273	5.3	64	56	4.7	**4.4**
الشاغور	1225	5.1	61	72	6.0	**5.9**
دمشق القديمة	986	4.1	49	50	4.2	5.1
القابون	677	2.8	34	34	2.8	5.0
الصالحية	527	2.2	26	28	2.3	5.3
القنوات	476	2.0	24	24	2.0	5.0
المخيم	1506	6.3	75	74	6.2	4.9
المجموع	24013	100	1200	1201	100	5.0

جدول(5) أسماء الرياض ونوعها، وعدد الأطفال الذين جرى فحصهم، ومناطق الرياض التي جرى إدخالها بالدراسة.

الرقم	اسم الروضة	نوع الروضة	عدد الأطفال المفحوصين	مناطق الرياض
1	الباسل	رسمي	12	المزة/ السومرية
2	براعم المستقبل	خاص	12	المزة/الإخلاص
3	الكلم الطيب	خاص	12	المزة /فيلات متصلة
4	دار الحنان	خاص	14	المزة/المواساة
5	البراعم الدمشقية	خاص	12	المزة / خلف فندق الجلاء
6	نقابة المعلمين الثانية	رسمي	11	المزة/ فيلات شرقية
7	المعهد العربي الإسلامي	خاص	8	المزة/ فيلات شرقية
8	العلاء	خاص	15	المزة/ جبل
9	الأنس	خاص	11	المزة /خلف الجلاء
10	الفراشات	خاص	12	المزة/الشيخ سعد
11	شاطي الأطفال	خاص	8	المزة/ فلات غربية
12	دار البيان	خاص	15	المزة/ فلات غربية
13	أنوار تشرين	رسمي	12	كفر سوسة/البلد– المعصرة
14	المركز الإقليمي	رسمي	12	المزة/ فلات شرقية
15	رواد المعرفة	رسمي	15	كفرسوسة
16	النور	خاص	12	كفرسوسة
17	أطفال الميدان	رسمي	12	الميدان / وسطاني
18	ياسمين الشام	رسمي	10	الميدان/ وسطاني
19	حدائق الطفولة	رسمي	12	الميدان/ وسطاني
20	الفارس الذهبي	رسمي	13	الميدان/ كراجات درعا
21	الروابي	خاص	8	الميدان/ الحقلة
22	البيلسان	رسمي	12	الميدان/ الجزماتية
23	الحنين	خاص	11	الميدان/ فوقاني
24	الواحة الخضراء	خاص	12	الميدان/ ناحية الزاهرة
25	المستقبل	خاص	11	الميدان/ مسبق الصنع
26	الوداد	خاص	12	الميدان/ مسبق الصنع
27	زهر الحنون	خاص	15	الميدان/ فلسطين/تضامن
28	الضياء	خاص	12	الميدان/ مدرسة اسكندرون
29	البشير	خاص	11	الميدان/ جامع البشير
30	مناهل النور	خاص	9	الميدان/ الحقلة
31	براعم الشام	خاص	12	الميدان/ أوتوستراد الزاهرة الجديدة
32	المنى	رسمي	13	المهاجرين/ مرابط
33	أشبال الفيحاء	خاص	13	المهاجرين/شورى– العفيف

الرقم	اسم الروضة	نوع الروضة	عدد الأطفال المفحوصين	مناطق الرياض
34	أزهار المستقبل	رسمي	14	المهاجرين/شورى– العفيف
35	حديقة الأطفال الأهلية	خاص	17	المهاجرين/ المصطبة – شمسية
36	دوحة قاسيون	خاص	14	المهاجرين/ المصطبة – شمسية
37	المشاعل	خاص	13	المهاجرين خورشيد
38	هالة الطفولة	رسمي	35	المهاجرين عفيف
39	أطفال المهاجرين	رسمي	02	المهاجرين/ المالكي
40	سنابل الخير	رسمي	27	برزة/ المساكن
41	عبد القادر المازني	رسمي	43	برزة/ المساكن
42	ورود الشام	خاص	17	برزة/حاميش
43	المستقبل المشرق	رسمي	20	ركن الدين/ أسد الدين
44	الطفولة السعيدة	خاص	23	ركن الدين/ مقاومة
45	براعم الأسد	رسمي	29	دمر/ المشروع
46	عبير آذار	رسمي	30	دمر/ مشفى الباسل
47	المروج	رسمي	30	دمر/ العرين
48	عرين الأسد	رسمي	30	دمر/ الشرقية
49	أطفال القدم	رسمي	15	القدم/ الخليدية
50	نرجس الشام	رسمي	19	القدم/ الشريباتي
51	أشبال تشرين التحريرية	رسمي	24	ساروجا/ العدوي
52	معهد الشهيد باسل الأسد	خاص	51	ساروجا/ شارع بغداد
53	درة الطفولة	رسمي	32	جوبر الغربي
54	بيارق الأمل	رسمي	24	جوبر الشرقي
55	نجوم الشام	رسمي	37	الشاغور/ بستان الدور
56	ورد الربيع	رسمي	35	الشاغور/ براني
57	رواد الغد	رسمي	14	دمشق القديمة/ باب توما
58	براعم آذار	رسمي	36	دمشق القديمة/ القصور
59	المنارة	خاص	17	القابون/ جامع الغفران
60	جابر الأنصاري	خاص	17	قابون الشيخ جابر
61	العاملين في وزارة التربية	رسمي	15	الصالحية/ ناحية المزرعة
62	أزهار نيسان	رسمي	15	الصالحية/ ساحة الشهبندر
63	دار الهناء	خاص	10	القنوات/ باب سريجة
64	دمشق الوطنية	خاص	14	القنوات/ شارع خالد بن الوليد
65	زهرة النجاح	خاص	23	المخيم/ فلسطين
66	براعم العودة	خاص	24	المخيم/ اليرموك
67	الخالصة	خاص	25	المخيم/ اليرموك
المجموع			1201	

2-1-3-7- طرائق جمع البيانات Methods of Data Gathering

جُمعت المعلومات الخاصة بالطفل والأهل من استبيان واستمارة الفحص السريري.

2-1-3-7-1- أولاً - استبيان الدراسة الوبائية (دراسة انتشار نخور الطفولة المبكرة)

جرى تعبئة الاستبيان بوساطة أهل الطفل والمشرفة على فئته في الروضة، وتألف الاستبيان من 4 أقسام أساسية (الشكل24)، احتوى كل منها على عدد من المتغيرات من أجل الحصول على المعلومات التالية:

القسم الأول - بيانات الطفل الشخصية Child Demographic and Personal Information

وتتضمن الاسم ، والعمر، والجنس، وصلة القرابة به (الأم،الأب،آخرون)، ونوع الروضة، ومنطقة الروضة.

القسم الثاني - المستوى الاقتصادي الاجتماعي Socio Economical Level (SEL)

يُعرف المستوي الاقتصادي الاجتماعي للفرد في مجتمع ما وفقاً للوضع أوالمستوى الاجتماعي الثقافي والاقتصادي لهذا الفرد (Danae., 1993).

جرى تصنيف الوضع الاقتصادي والاجتماعي لكل طفل حسب المستوى المهني والتعليمي للوالدين.

<u>المستوى المهني لكلا الوالدين (دخل الأسرة) Occupational Level</u> ويتوزع إلى:

1- منخفض= أقل من 9.765 ليرة سورية في الشهر، ويشمل الآباء (غيرالعاملين الباحثين وغير الباحثين عن عمل).

2 - متوسط= 9.765 - 20.530 ل.س في الشهر، ويضم الآباء (المستخدمين والعمال شبه المهرة وذوي الدخل المحدود).

3 - مرتفع= أكثرمن 20.530 ل.س في الشهر، ويتضمن الآباء (الأعمال الاختصاصية وأصحاب الوظائف القيادية والعمال المهرة).

4 - وأم عاملة وغير عاملة (ربة منزل).

(Ganzeboom *et al.*, 1992, Postama *et al.*, 2008, Montero *et al.*, 2011).

المُستوى التعليمي لكلا الوالدين Educational Level ويتوزع إلى:

1 – منخفض (الأُمية والتعليم الابتدائي).

2 – مُتوسط (للتعليم الإعدادي والثانوي).

3 – مرتفع (للتعليم الجامعي وما فوق الجامعي) (Postama *et al.*, 2008, Montero *et al.*, 2011)

القسم الثالث– يتعلق بتقويم الصحة الفموية (Oral Hygiene Status) بالتوعية الصحية (Health Education) التي يتلقاها الطفل في روضته وعدد مرات تفريش الأسنان(معجون مُزود بالفلورايد).

القسم الرابع: يُشير إلى السيرة المرضية العامة للطفل (Medical History) ' وذلك لتحديد فيما إذا يجري إدخاله في الدراسة أم استبعاده منها.

2-1-3-7-2- استمارة الفحص السني السريري

Clinical Dental Examination Form

جرى فيها تسجيل الحالة النخرية للأسنان بوساطة مشعر (dmft)، وللسطوح السنية بوساطة مشعر dmfts (الشكل25) ، قامت بتعبئتها كاتبة التسجيل (Recording Clerk) المُرافقة للباحث، وهي طبيبة أسنان مُدربة باحثة في طب أسنان الأطفال (Trained Pediateric Dentist Resercher).

مراحل العمل – قُسمت إلى مرحلتين:

الأولى : شملت إجراء فحص سني سريري لكل أطفال العينة (1201) طفل، داخل رياض الأطفال.

الثانية : شملت تطبيق مقياس المُلاحظات الأبوية عن الصحة الفموية للأطفال: مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة لجزء من عينة الدراسة (126) طفلاً مرتين اثنتين بفارق زمني مقداره ثلاثة أسابيع بين المرتين.

2-1-3-8- طريقة تقييم ثبات الباحث Intra-examiner Reliability Assessment

جرت كل الفحوص السريرية لكامل أطفال العينة بوساطة الباحث نفسه (Sole examination) سبق ذلك قيام الباحث بإجراء فحص سني قبل الدراسة لــ (10%)

من العينة (لعينة مختارة شملت حالات مختلفة من أسنان منخورة ومفقودة بسبب النخر وأخرى مُرممة بلغت 120 طفلاً) بغرض المعايرة (Calibration Exercise) لتقويم الثبات لدى الباحث (intra-examiner reliability) بوساطة مُعامل (kappa Coefficient) حيث أظهرت قيم توافق في النتائج ممتازة (intra-examiner agreement) ، بلغت (0.96) .(Fleiss and Cohen 1973, Landis and Koch 1977)

2-1-3- 9- طريقة إجراء الفحص Examination Method and procedure

أعطى اهتمام خاص لوسائل مكافحة العدوى (Infection Control Protocol)، والتقيد بها بكل صرامة، حيث جرى فحص كل طفل باستخدام مجموعة أدوات فحص نبوذة، وجرى وضع قناعات على الوجه واستخدام نظارات واقية وقفازات فحص نبوذة مع كل طفل وغسل الأيدي والطاولات بالمحاليل المطهرة، وجرى تبني طريقة منهجية (Systematic Approach) في تقييم الحالة النخرية فأجريت كل الفحوصات صباحاً، وأُجل الفحص في الأيام الغائمة إلى اليوم الذي يليه . أُنجزت الفحوص السريرية لكامل الأطفال مُعماة[1] عن تقويمات الوالدين (Blind of Parental Assessments) ، وفي غرفة مستقلة ضمن كل روضة تجنباً للازدحام والإزعاج، بوساطة الباحث نفسه **(م.ع)**، وبمساعدة كاتبة التسجيل المدربة **(هـ.ك)**، التي كانت تجلس بجانب الفاحص وأمام الطفل الجالس على كرسي أمام الفاحص الذي جلس على مقعد أمام ويمين الطفل، الذي يميل ظهره قليلاً للخلف ووجهه نحوالأعلى ومواجهاً لمصدر الضوء الشكل (23)، وسهل هذا كثيراً في فحص الأسنان العلوية وبوساطة قطن محمول على ملقط ومسبر كليل، نُظفت جميع السطوح السنية، وجُففت قبل فحصها للمساعدة في اكتشاف الآفات البدئية (Incipient lesions) بوجود ضوء محمول على الرأس ذي إضاءة ثابتة في أثناء فترة الفحص، إضافةً إلى ضوء الغرفة بمرآة أسنان مستوية واستخدمت المرآة بغرض الرؤية غير المباشرة لأسنان الفك العلوي، إضافةً إلى تبعيد الخدود والشفاه،أما الأسنان السفلية

1. يبقى فيها المراقبون أو المشاركون أو كلاهما جاهلين بالمجموعة التي ينضوي فيها المشاركون ويطلق عليها اسم ثنائية التعمية عند تعمية المراقبين والمشاركين في آن واحد، وثلاثية التعمية إذا أُجريت فوق ذلك تعمية التحليل الإحصائي، والغرض من التعمية هو إزالة التحيز (Richard 2008).

فكان يطلب من الطفل الجلوس في الوضع الطبيعي، والذي يكون الفك السفلي فيه مُوازياً للأرض، لم يجر استخدام التصوير الشعاعي حيث لايكون عملياً في كل الحالات، فُحصت الأسنان بطريقة متسلسلة (Orderly Manner) باتجاه عقارب الساعة (Clockwise Direction)، ابتداءً من السن الأخيرة في الربع العلوي الأيمن للحفرة الفموية، وانتهاءً بآخر سن في الربع السفلي الأيمن، وكان يجري أولاً فحص السطح الأنسي للسن ثم السطح الطاحن، أو القاطع ثم الوحشي ثم الدهليزي، أو الشفوي وأخيراً اللساني أو الحنكي، وجرى تسجيل نتيجة فحص كل نصف فك قبل البدء بفحص النصف التالي (Haleem *et al.*, 2009).



الشكل(23) يوضح وضع الفاحص أمام الطفل ويمينه وكاتبة التسجيل بجانب الفاحص وأمام الطفل.

2-1-3-9-1-معايير تشخيص نخور الطفولة Criteria for ECC Diagnosis

جرى تحديد حالة الأسنان والسطوح السنية المؤقتة إذا كانت منخورة (d) أومفقودة بسبب النخر(m)، أو مرممة (f) باعتماد المعايير التشخيصية لمنظمة الصحة العالمية (Diagnostic Criteria) (WHO, 1997)، التي حددت معايير تشخيص النخر السني والترميزات الخاصة كما هو موضح في الجدول رقم (6).

الجدول رقم (6) الرموز الخاصة في تحديد (DMF– dmf) حسب منظمة الصحة العالمية 1997.

Code			Condition/status
Primary teeth	Permanent teeth		
Crown	Crown	Root	
A	0	0	Sound
B	1	1	Decayed
C	2	2	Filled, with decay
D	3	3	Filled, no decay
E	4	-	Missing, as a result of caries
-	5	-	Missing, any other reason
F	6	-	Fissure sealant
G	7	7	Bridge abutment, special crown or veneer/implant
-	8	8	Unerupted tooth (crown)/unexposed root
T	T	-	Trauma
-	9	9	Not recorded

تعد السن (A) (سليمة): إذا لم تُبدِ السن أي دليل سريري على وجود نخر سني مرمم أو غير مرمم.

تعد السن (B) (منخورة): عند وجود ما يلي في الوهاد أو الميازيب أو السطوح الملساء:

1 – حفرة واضحة. 2– ميناء متهدمة. 3– تلين واضح في القعر أو الجدار.

السن التي فيها حشوة مؤقتة أو مادة سادة للوهاد و الشقوق مع وجود النخر السني تصنف سناً منخورة، و في حال وجود أي شك بوجود النخر تصنف السن سليمة.

تعد السن (C) (مرممة مع وجود نخر سني): في حال وجود سن مرممة بحشو دائم مع وجود نخر سني سواء كان نخراً بدئياً أو نكس نخر(ثانوي) .

<u>تعد السن (D) (سناً مرممة من دون نخر سني):</u> عند وجود ترميم نهائي أو أكثر على السن من دون وجود نخر سني، تصنف ضمن هذه المجموعة أيضاً السن المرممة بتاج بسبب نخر سني سابقاً.

<u>تعد السن (E) (سناً مفقودة بسبب النخر السني):</u> تعد السن مفقودة عندما تكون مقلوعة بسبب النخر السني ، و يجب في حالة الأسنان المؤقتة ألا يكون التبديل الطبيعي سبباً ممكناً لفقد هذه السن، كي تصنف ضمن هذه المجموعة، تصنف ضمن هذه المجموعة أيضاً السن المتهدمة و المستطب قلعها.

<u>تعد السن (F) عند وجود السيلانت من دون وجود نخر سني.</u>

<u>تعد السن T عند فقد جزء منها بسبب رض من دون وجود نخر سني فيها.</u>

<u>حساب (dmft):</u>

d= عدد الأسنان التي صنفت B أو C.   m = عدد الأسنان التي صنفت E

f= عدد الأسنان التي صنفت D.

بينما تعد الأسنان التي صُنفت A أو F أو T سليمة (WHO, 1997).

وصنف وجود أي علامة للنخر السني على سطوح الأسنان الملساء عند طفل بعمر أقل من ثلاث سنوات حالة من نخور الطفولة المبكرة الشديدة، وعُد أي سطح سني أملس أو أكثر منخوراً أو مفقوداً(بسبب النخر)، أو مرمماً في الأسنان الأمامية العلوية المؤقتة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3–5 سنوات حالة نخور طفولة مبكرة شديدة. وبناءً على عمر الطفل ومجموع (dmfs) لديه فتعد كل من الحالات التالية نخور طفولة مبكرة شديدة:

1 – طفل بعمر 3 سنوات ومجموع (dmfs) لديه يساوي أو أكثر من 4 (≥).

2– طفل بعمر 4 سنوات ومجموع (dmfs) لديه يساوي أو أكثر من 5 (≥) .

3– طفل بعمر 5 سنوات ومجموع (dmfs) لديه يساوي أو أكثر من 6 (≥).

.(AAPD., 2003, AAPD., 2011)

مع الأخذ في الحسبان عند جمع البيانات السطوح السنية البدئية التي لم تشكل حفرة حسب توصيات ورشة العمل المتعلقة بتشخيص نخور الطفولة المبكرة وتقريرها لأغراض البحث العلمي ، وبناءً على تعريف الأكاديمية الأمريكية لطب أسنان الأطفال لنخور الطفولة المبكرة (Drury *et al.*, 1999, AAPD., 2003, AAPD., 2011)

واتُفق على المعايير التالية في تشخيص النخور البدئية:

الوهاد والميازيب Pits and Fissures

قد تبدو الآفات البدئية كآفة مينائية طبشورية بيضاء متميزة تجاور مباشرةً الوهاد والميازيب، أو ضمنها، أوربما تظهر كمنطقة متلونة بالبني الفاتح إلى القاتم، ولا يزيد حجمها على حجم الوهدة أو الميزاب مع عدم وجود فقد مادي مشاهد سريرياً في بنية الميناء (حفرة واضحة)، وعدم وجود دليل على تخرب (Undermining)، والذي يجري التثبت منه بالقتامة تحت السطح المشاهدة خلال الميناء المجاورة.

السطوح الملساء Smooth Surfaces

تظهر الآفات النخرية البدئية عادةً كآفات مينائية طبشورية مميزة مجاورة أو قريبة من الحافة اللثوية، وتشاهد في مناطق تراكم اللويحة الجرثومية، وتكون موازية للحافة اللثوية مع عدم وجود فقد مادي مشاهد سريرياً، أو تهدم كبير يشاهد بالعين المجردة في سطح الميناء.

السطوح الملساء الملاصقة Approximal Smooth Surfaces

جرى التشخيص بناءً على الرؤية المباشرة من الناحية الدهليزية أو اللسانية للسن، وعُد أي تخرب بالارتفاع الحفافي أو بالميناء المحيط بالآفة البدئية دليلاً على نخر عاجي وصُنفت الآفة على أنها حفرة نخرية واضحة.

2-1-3-9 – 2 - المشـــعرات المســـتخدمة فـــي تقـــويم الحالـــة النخريـــة Indices Used in Assessment

2-1-3-9- 2-1- مشعر الأسنان المؤقتة المنخورة والمفقودة بسبب النخر والمرممة dmft Index

وهو يعبر عددياً عن انتشارالنخورحيث تمثل:

dt = عـــدد الأســـنان المنخـــورة ، mt = عـــدد الأســـنان المفقـــودة بســـبب النخـــر، ft = عددالأسنان المرممة.

وتشير (dt%) إلى النسبة المئوية للأسنان المنخورة غير المُعالجة مـــن مجمـــوع الــــــ dmft للطفل.

2-1-3-9 – 2-2- مشـــعر الســـطوح الســـنية المؤقتـــة المنخـــورة والمفقـــودة والمرممة dmfs Index

ويستعمل مشعر (dmfs) من أجل الدقة في وصف انتشارالنخور

ds = عدد السطوح المنخورة (ms) = عدد الســـطوح المفقـــودة بســـبب النخـــر(fs) = عددالسطوح المرممة.

وهو يمثل المتوسطات العددية للسطوح السنية المنخورة أو المقلوعة أو المرممـــة، وتشير(ds%) إلى النسبة المئوية للسطوح المنخورة لدى (dmfs) الكلية.

- تُعد الأرحاء المؤقتة خمسة أسطح بينما تمتلك الأسنان الأمامية أربعة سطوح، وهـــذا يعني أن عدد السطوح السنية المؤقتة تساوي 88 سطحاً.
- تعد السن المؤقتة المغطاة بتاج ستانلس كخمس سطوح مرممة.
- تُعد الأسنان المفقودة بسبب النخر كخمس سطوح مفقـــودة أو أربعـــة حســـب عـــدد سطوح السن.
- تعد السن أو السطح السني المصاب بآفة نخرية وفيه ترميم كنخر فقط (WHO, 1997).

2-1-3-9-2 -3- مشعر شدة النخر Caries Severity Index(CSI)

يستخدم هذا المشعر إضافةً إلى مشعر(dmft) و(dmfs)، لدقته في تحديد عمق الإصابة النخرية في الأسنان المؤقتة، ويجري تسجيل وضع النخور كالآتي:

0=C تعني سطحاً سليماً ، C_1 = 1 تعني نخراً مينائياً، تصبغاً بالوهاد والميازيب، C_2= 2 تمثل نخراً عاجياً وتلين في أرض الحجرة، ميناء متهدمة (حفرة واضحة)، C_3= 3 تجاوز النخر العاج ووصل إلى اللب، مع وجود دليل سريري، ناسور، خراج، C_4 = 4 تعني تاجاً متهدماً تماماً بسبب النخر مع وجود بقايا جذور فقط، F = سناً مرمماً على نحو جيد.

تستعمل الصيغة التالية من أجل حساب (CSI) :

مجموع تسجيلات النخور لكل السطوح، عدد الأسنان المنخورة والمقلوعة والمرممة، تعني القيم الأعلى من (CSI) مريضاً ذا أسنان منخورة بنخور متقدمة وغير مرممة (Chosack 1986).

2-1-3-9- 2-4- مشعر النخر الجوهري Significant Caries Index (SiC Index)

يُفيد في حالة العينة ذات الإنتشارالنخري الكبير ويعد مُكمـلاً لمتوسطات (dmft) و(dmfs)، ووفقاً لتعريف (WHO) فهو متوسط (dmft) لثلث المجموعة المدروسة ذات النخورالعالية. يحسب (SiC) كما يلي:

1- يصنف الأفراد حسب قيم (dmft) لديهم.

2- اختيار ثلث العينة المدروسة التي تمثل النخور الأعلى المسجلة (Highest Caries Scores).

3- يمثل متوسط (dmft) لدى المجموعة الفرعية المختارة قيمة مشعر (SiC) (Bratthall 2000, Marthaler *et al.*, 2005).

2-1-3-10- طريقة تصنيف نماذج النخور Caries Patterns

جرى الاعتماد في تصنيف النخور على حسب نوع السن (Tooth Type Caries Pattern)، والتوزع يعني النسبة المئوية للنخور الكلية التي يمثلها كل نموذج نخري حسب نوع السن ويجري توزيع النخور كالآتي:

1 - نخور القواطع. 2 - نخور الأرحاء.

3 - نخور في الأرحاء والقواطع مع أو من دون الأنياب

(Douglass *et al.*, 1994, Dini *et al.*, 2000, Du *et al.*, 2000).

2-1-3-11- طريقة التوزيع الوصفي للمحاور المختلفة للمقياس (ECOHIS)

تألفت النسخة الإنجليزية الأصل لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة من 13 بنداً، كونت ستة محاور، (domains) ، قُسمت إلى قسمين أو مقياسين فرعين هما:

القسم الأول – التأثيرات الواقعة على الطفل Child Impact Section (CIS).

القسم الثاني – التأثيرات الواقعة على العائلة Family Impact Section(FIS) .

يتكون قسم التأثيرات الواقعة على الطفل من أربعة محاور هي:

1- محورالأعراض التى يعانيها الطفل ويمثله البند الأول.

2- محورالأداء الوظيفي (الأنشطة) للطفل (من البند الثاني حتى البند الخامس).

3- المحورالنفسي للطفل (البندان السادس والسابع).

4- محورالصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي (البندان الثامن والتاسع).

بينما يتكون قسم التأثيرات الواقعة على العائلة من محورين هما:

1- محورالضغوط التي يتعرض لها الوالدان (البندان العاشر والحادي عشر).

2- محورالوظيفة التي يقوم بها الوالدان (البندان الثاني عشروالثالث عشر) الشكل «27».

2-2- ثانياً - دراسة خصائص القياس النفسي (الخصائص السيكومترية) للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة

جُمعت المعلومات الخاصة بدراسة تأثير نخور الطفولة المبكرة في نوعية حياة الأطفال وعوائلهم بتطبيق النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة بعد ترجمته إلى اللغة العربية، وتقويم جودة الترجمة إضافةً إلى الدراسة التمهيدية التي سبقت توزيع النسخه العربية السورية النهائية.

2-2-1- تطور النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة

Arabic Syrian Version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ARABIC SYR - ECOHIS)

مراحل العمل قُسمت إلى ثلاث مراحل:

2-2-1-1- طريقة ترجمة المقياس Translation Process

جرى ترجمة مقياس (ECOHIS) إلى اللغة العربية وأقرب مايكون إلى اللغة العامة المحلية في سورية (Syrian dialect&Colloquial language)، مستخدمين ما يعرف بطريقة (الترجمة العكسية) من اللغة الأولى إلى اللغة الثانية، ثم الترجمة من اللغة الثانية إلى اللغة الأولى مرة أخرى (Forward- Backward linguistic Translation Process) للوصول إلى توازن وتقارب في دلالة المعاني (Semantic equivalence) ، وهي الطريقة المُوصى بها من (Beaton) وزملائه (Beaton *et al.*, 2000)، تألفت طريقة الترجمة من عدة مراحل،حيث جرت ترجمة المقياس من الإنجليزية إلى العربية (Forward translation) بوساطة شخصين عربيين سوريين يعملان في مجال طب الأسنان، يُجيدان التحدث باللغتين العربية

والإنجليزية في آن واحد (Bilingual Arabic and English Speakers)، ولغتهما الأولى اللغة العربية، وقد قام كل منهما بالترجمة على نحو مستقل عن الآخر، جرت مقارنة النسختين العربيتين الأوليتين(Initial Arabic Versions) ببعضهما ومراجعتهما خلال عملية استشارة (Consultation Process) ، شملت المترجمين الاثنين والباحث الرئيس (Principal Investigator) ، ثم بعد ذلك ترجمت النسخة العربية الثالثة (Third Arabic Version)، التي جرى الحصول عليها بوساطة هذه العملية مرةً أخرى للغة الإنجليزية بوساطة شخصين لغتهما الأولى هي اللغة الإنجليزية حيث قام كل منهما بالترجمة على نحو مستقل عن الآخر، جرت مُقارنة النسختين الإنجليزيتين الأخيرتين (Two back-translated EnglishVersions) بالنسخة الإنجليزية الأصلية (المصدر) (Original (Source) English Version)، وجرى إدخال التعديلات على النسخة العربية الثالثة خلال استشارة مع كل المترجمين المشاركين، إضافةً إلى الباحث الرئيس، حيث ظهرت نقاط خلاف ونقاش، أُجريت بعدها التعديلات الضرورية، حتى تحقق التكافؤ والتوازن في المفاهيم وفي دلالة المعاني للنسخة الأصلية، ونتج عن عملية الاستشارة الأخيرة النسخة العربية السورية الرابعة (المستهدفة) (Fourth (Target) vresion) لمقياس (ECOHIS).

2-2-1-2- تقويم جودة الترجمة Quality of the Translation Assessment

جرى ذلك خلال:

1 – وضوح الترجمة (استخدام تعابير بسيطة ومفهومة).

2 – استخدام اللغة العامة (الابتعاد عن المصطلحات الفنية).

3 – التوازن والتقارب في دلالة معاني الكلمات (الاحتفاظ بمحتوى المصدر الأصلي).

تلا ذلك مُلاءمة بنود الاستبيان التي كان هنالك إشكالية وصعوبة في ترجمتها، والتي نشأت نتيجة للسمات العربية المختلفة، التي اقترحت للكلمات الإنجليزية المشابهة لها.

2-2-1-3- دراسة تمهيدية Pilot Study

جرى اختبار المقياس خلال دراسة تمهيدية صغيرة، وزع فيها الاستبيان على عشرين من الآباء والأمهات، الذين حضروا مُرافقين لأطفالهم الذين تراوحت أعمارهم بين 3-5 سنوات في عيادات طب أسنان الأطفال بكلية طب الأسنان جامعة دمشق، حيث سُئلوا عما تعني لهم هذه الأسئلة، ولماذا اختاروا خيار الإجابة هذا على وجه الخصوص (الأسئلة ذات الخيارات المتعددة)، وأن يقترحوا كيفية تعديل الاستبيان، جرى اكتشاف التباين بين ماهو مقصود من الأسئلة، وما فُهم من الآباء والأمهات في الدراسة، وكان الهدف من ذلك تقويم:

1- درجة وإمكانية فهم المقياس.

2- سهولة قراءته.

3- تقويم الصدق الظاهري[1] وصدق المحتوى[2] للمقياس (Face and Content Validity) (Lydeard 1991).

لم يجر تسجيل صعوبة في فهم أي بند من البنود الثلاثة عشر من الوالدين، وفي النهاية جرى تعديل الاستبيان بإزالة الغموض عن كل الكلمات أو العبارات، و تصحيح الأسئلة التي أحس فيها الآباء بعدم الراحة أو الارتباك، لم تكن هناك حاجة إلى عمل تغييرات في مقدمة المقياس، ولا في المقياس نفسه، ولا في صيغة تطبيقه، أفادت هذه الدراسة في جعل المحاور المكونة للمقياس مُلائمة وشاملة، ويتحقق فيها توافق في الفهم والبنود بين ثقافة المقياس الأصلي والثقافة العربية السورية المكونة لهذا المقياس العربي السوري، الذي جرى الوصول إليه (Guyatt *et al.*, 1986, Pahel *et al.*, 2007, Jabarifar *et al.*, 2010).

1 . مدى ملاءمة المقياس لما يقيس ولمن يطبق عليهم ويبدو في وضوح البنود ومدى علاقتها بالمفهوم الذي يقيسه المقياس، فهو يمثل الشكل العام للمقياس من حيث المفردات وموضوعيتها ووضوح تعليماتها، وقد يطلق عليه (الصدق السطحي) كونه يدل على المظهر الخارجي للمقياس (Lydeard . 1991).

2. مدى تمثيل المقياس للمحاور المختلفة للمفهوم المراد قياسه والتوازن بين هذه المحاور، حيث يصبح من المنطقي أن يكون محتوى المقياس صادقاً، مادام يشمل جميع عناصر المفهوم المطلوب قياسها وتمثيلها (Lydeard . 1991).

2-2-2- العينة Sample

تألفت من126 طفلاً ليشكلوا مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي للنسخة العربية السورية للمقياس، جرى اختيار عينة ملائمة فرعية غير عشوائية (Non-random Convenient Sub-sample) من عينة الدراسة الرئيسة بعد الانتهاء من إجراء الفحص السريري لكامل أطفال العينة، وقسمت لمجموعتين باعتماد حالتهم السنية:

المجموعة الأولى – أطفال مصابون بالنخر جرى تشخيص إصابتهم من الفحص السريري لهم في الدراسة الرئيسة.

المجموعة الثانية – أطفال غير مصابين كما تبين من الفحص السريري، وذلك وفق معايير محددة شملت الآتي:

1- أطفال أعمارهم تراوحت بين 3-5 سنوات ومن كلا الجنسين.

2- أطفال لا يعانون أيّ مشكلات طبية شديدة، ولا يتعاطون أدوية باستمرار.

3- أطفال سوريون يقيمون ضمن مدينة دمشق مع أولياء أمورهم الذين يتحدثون اللغة العربية بلهجة سورية.

2-2-3- دراسة خصائص القياس النفسي (الخصائص السيكومترية) للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة

Psychometric Properties Study of the Arabic Syrian Version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ARABIC SYR - ECOHIS)

2-2- 3-1- الصدق Validity.

2- 2- 3-1-1- صدق المفهوم (البنائي) Construct Validity .

جرى التحقق من صدق المفهوم وتقويمة باعتماد الارتباط بين نقاط النسخة العربية السورية للمقياس وقيم مشعرات (dmft) و(dmfs) و(CSI) وكان الافتراض المُسبق وجود ارتباط يتفاوت مابين متوسط إلى مرتفع مابين قيم (dmft) و(dmfs) و(CSI)، وقيم النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة، وكانت الفرضية المفهومة ضمناً بأن أولياء الأمور الذيّن يبلغون عن نقاط عالية للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة وللمقياسين الفرعيين المكونين له، ما يعني نوعية حياة متدنية لأطفالهم ولعوائلهم، يكون قد سُجل لأطفالهم نقاط عالية من (dmft) و(dmfs) و(CSI) خلال الفحص السريري ما يعني إصابة نخرية عالية.

2-2-3-1-2 - الصدق التقاربي (المرتبط بالمفهوم):

Convergent (construct-related) validity

جرى تقويم الصدق التقاربي باعتماد تحليل ارتباطات مُعامل سبيرمان الرتبي بين قسم التأثيرات الواقعة على الطفل (9 بنود)، وقسم التأثيرات الواقعة على الأهل (4 بنود) للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة والفرضية المرتبطة بهذا الاختبار تكمن في أن تأثيرات الوضع الصحي الفموي للطفل في نوعية حياته ترتبط تقريباً بالتأثيرات الواقعة على العائلة (Pahel *et al.*, 2007).

2-2-3-1-3- الصدق التوافقي (التلازمي) (المرتبط بالمحك)

Concurrent (criterion-related) validity

جرى تقويم الصدق التوافقي (المرتبط بالمحك) باعتماد تحليل مُعامل سبيرمان الرتبي بالتحقق من الارتباط بين المجموع الكلي لنقاط النسخة العربية السورية للمقياس مع التقويمات الشاملة (Global evaluation) من السؤالين الشاملين المتعلقين بتأثر عافية الطفل بالصحة الفموية و بتقويم الأهل للحالة الصحية للفم والأسنان لطفلهم، وجرى استخدام اختبار (Mann-Whitney U) (اختبار لامعلمي مساو لاختبار t-test) لهذا الغرض، والفرضية المتعلقة بهذا الصدق تتلخص في أن المستويات العالية من الرضا عن المظهر السني والصحة الفموية الجيدة المُلاحظة ترتبط دوماً بالنقاط المنخفضة للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة (Gift *et al.*, 1995, Pahel *et al.*, 2007).

2-2-3-1-4- الصدق التمييزي Discriminant Validity

جرى تقويم الصدق التمييزي من الفروق في النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة بين الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة وغير المصابين بها باستخدام اختبار (Mann–Whitney U-test)، وجرى تحديد الصدق أيضاً (التمييزي) بالمقارنة بين متوسط مجموع المقياس الكلي والمقياسين الأول (التأثيرات الواقعة على الطفل) والثاني (التأثيرات الواقعة على العائلة) بين مجموعة المصابين بنخور الطفولة المبكرة ومجموعة غير المصابين.

اختبرت الفرضية التي تقول إن أولياء أمور الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة سوف يبلغون عن نقاط عالية للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة، ما يشير إلى نوعية حياة سيئة مقارنة بأولياء أمور الأطفال غير المصابين، (أي إن المقياس يجب أن يكون قادراً على التمييز بين الأطفال المصابين والأطفال غير المصابين) (Pahel *et al.*, 2007).

2-2- 3- 2- الثبـــات Reliability

2-2- 3-2-1- الاتساق الداخلي Internal consistency

جرى تقويم الاتساق الداخلي للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة باختبار الارتباط بين البنود ضمن المقياس والمقياسين الفرعيين، وذلـــك بتعيين قيم (Cronbach's alpha) لكل من قسمي المقياس التأثيرات الواقعة علـــى الطفـــل والتأثيرات الواقعة على العائلة على نحـــو مُســـتقل كـــل علـــى حـــدة وللمقيـــاس كلـــه (Cronbach 1951) (علام 2000).

2- 2- 3 – 2- 2- الثبات بالاختبار وإعادة الاختبار Test-retest reliability

لتقويم الثبات بالاختبار وإعادة الاختبار جرى تطبيق النســـخة العربيـــة الســـورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة مرتين اثنتين، بفارق زمني مقـــداره ثلاثـــة أسابيع بين المرتين على أهل كل طفل من أطفال مجموعة دراسة تأثير نخـــور الطفولـــة المبكرة على نوعية الحياة وذلك بالتشديد على أن يقوم بتعبئة الاستبيان نفـــس الشـــخص (الوالد أو الوالدة أو مقدم الرعاية) الذي قام بتعبئته في المرة الأولى و بعد التأكد من عدم حدوث أي تغيرات على الأوضاع الصحية الفموية لأطفالهم أو إجـــرائهم لأي مُعالجـــات سنية خلال ثلاثة أسابيع، أعقبت تعبئة الاستبيان أول مرة من خلال الإجابة عن الســـؤال التالي، الذي جرت اضافته إلى أسئلة الاستبيان في المرة الثانية.

هل تغيرت الصحة الفموية لطفلك خلال الاسابيع الثلاثة الماضية؟

حيث استخدمت الاستبيانات فقط التي ذكر فيها الأهل عدم حدوث أي تغيـــر فـــي الوضع الصحي لأطفالهم خلال فترة الثلاثة أسابيع الماضية واللذين بلغ عددهم 121طفلاً لتقويم الثبات بالاختبار وإعادة الاختبار، جرى حساب قيم معاملات الارتباط بيرسون بين قيم كل من محاور المقياس عند التطبيق الأولي وقيم المحاور المذكورة عند التطبيق بعـــد ثلاثة أسابيع، ثم جرى حساب معامل الارتباط البيني(ICC) (Intraclass Correlation Coefficient) لتقويم مستوى الاتساق بين الإجابات في التطبيق الأول والإجابات في التطبيـــق الثـــاني للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة وجرى تقويم درجة الثبات باعتماد قيم معامل الارتباط الداخلي (ICC) التالية:

0.40 أو أقل = ضعيفة، و 0.41 إلى 0.60 = متوسطة، و 0.61 إلـــى 0.80 = جيدة، و 0.81 إلى 1.00= ممتازة (McGraw and Wong 1996).

2-3- طرائق معالجة البيانات والتحليل الإحصائي Statistical Analysis

2-3- 1 - تسجيل البيانات Data Recording

جمعت كل البيانات، وسجلت على الاستمارات الخاصة بالبحث، ورمزت قبل إدخالها إلى الحاسب، ثم ادخِلت نتائج الاستمارات إلى جدول معد من برنامج (Microsoft Excel 2007) للحصول على النتائج.

2-3- 2 - التحليل الإحصائي Statistical Data Analysis

حللت البيانات والمعطيات إحصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS) الإصدارة 13.0 لإجراء عدد من التحاليل الإحصائية مثل اختبار كاي مربع واختبار (Kolmogorov-Smirnov)، كما جرى استخدام اختبارات لامعلمية مثل (Mann-Whitney) و (Kruskal-Wallis)، كان هدف هذه التحاليل المقارنة بين الذكور والإناث، والمقارنة بين الفئات العمرية الثلاث المدروسة والمقارنة بين الرياض الرسمية والرياض الخاصة، ودراسة تأثيرها في تكرارات انتشار نخور الطفولة المبكرة عموماً في عينة البحث، إضافةً إلى حساب المتوسطات الحسابية،والانحرافات المعيارية،والخطأ المعياري، والحد الأدنى والحد الأعلى ومستوى الدلالة لكل متغير ضمن كل مجموعة من مجموعات الدراسة والتأكد من الارتباطات الاحصائية بين المتغيرات المذكورة. بالنسبة لدارسة نوعية الحياة سيتم كذلك اعتماد اختبارات لابارامترية مثل (Mann-Whitney) و (Kruskal-Wallis) إضافة لحساب قيم معاملات ارتباط بيرسون واسبيرمان وألفا كرونباخ ومعامل الارتباط البيني (ICC).

استبيان 1

انتشار نخور الطفولة المبكرة وتأثيرها على نوعية حياة الأطفال ماقبل المدرسة في رياض مدينة دمشق

إعداد: ماهر عبدالله **إشراف الأستاذ الدكتور:محمدالتيناوي**

رقم الاستمارة ( ) تاريخ الاستبيان: / /

أولاً – الخلفية الشخصية والعائلية

اسم الطفل:................................العمر............

اسم الروضة: نوع الروضة: منطقة الروضة:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

ثانياً – المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

صلة القرابة بالطفل: ☐ والده ☐ والدته ☐ الوصي عليه /جده أو جدته/صلة أخرى..

1- ما المستوى التعليمي للأب ؟

☐ غير متعلم أو تعليم ابتدائي. ☐ تعليم إعدادي أو ثانوي. ☐ تعليم جامعي.

2- ما عمل الأب ؟..

3- ما المستوى التعليمي للأم ؟

☐ غيرمتعلمة أو تعليم ابتدائي. ☐ تعليم إعدادي أو ثانوي. ☐ تعليم جامعي.

4- ما عمل الأم ؟..

ثالثاً – الصحة العامة

5- هل يعاني الطفل أمراضاً عامة؟ ☐ نعم (ماهي؟)........... ☐ لا

رابعاً – الصحة الفموية

6- هل تلقى الطفل أي توعية صحية فموية في المدرسة ؟ ☐ نعم ☐ لا

7- كم مرة يقوم الطفل بتفريش أسنانه بنفسه أو بمساعدة أحد من أهله خلال اليوم؟

☐ ولا مرة أوبصورة غير منتظمة. ☐ مرة. ☐ مرتين أو أكثر.

الشكل (24)

استمارة الفحص السريري

Clinical Examination Form

انتشار نخور الطفولة المبكرة وتأثيرها على نوعية حياة الأطفال ماقبل المدرسة في رياض مدينة دمشق

إعداد: ماهر عبدالله **إشراف الأستاذ الدكتور: محمدالتيناوي**

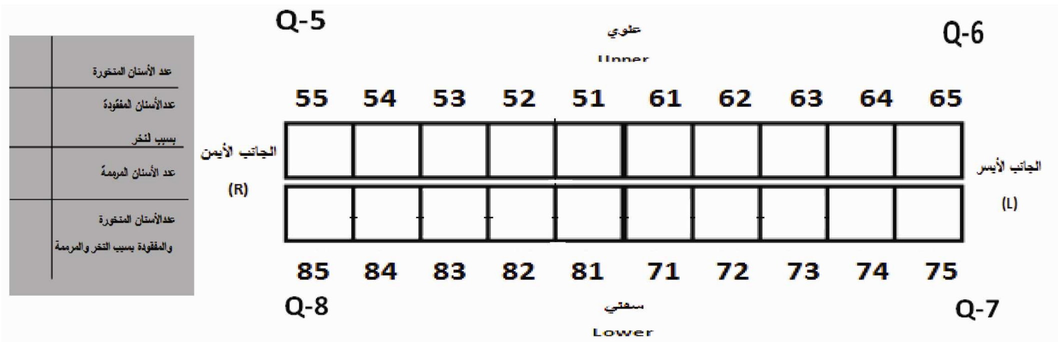
رقم الاستمارة ( ) اسم الروضة: ____________ نوع الروضة: ____________

اسم الطفـــل: ____________ العمـــر: ____________

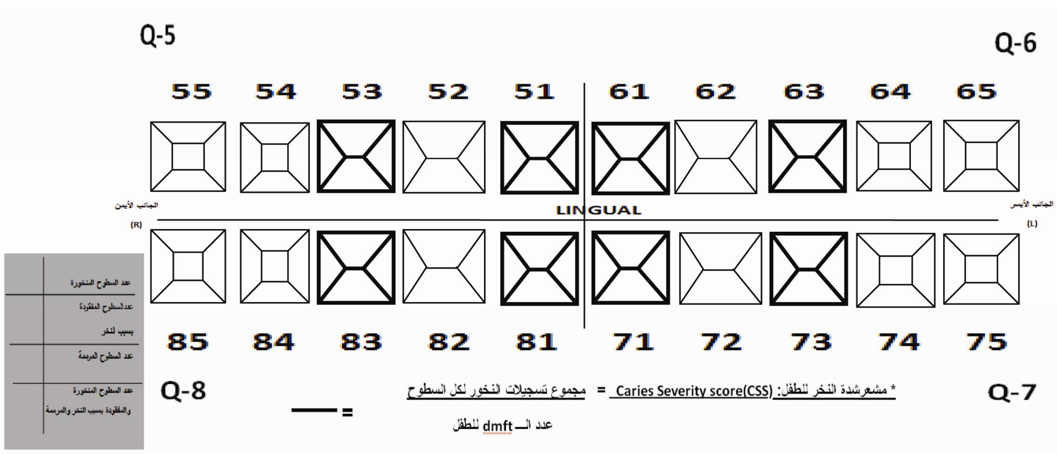
الجنس: ____________ تاريخ الفحص: ______/______/______

* الحالة النخرية Carious status

أولاً – للأسنان: مشعر dmft



ثانياً – لسطوح الأسنان: مشعر dmfs



الشكل (25)

المُلاحظات الأبوية عن الصحة الفموية للأطفال – مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة

يُمكن لمشكلات الأسنان أوالفم أو الفكين ومُعالجاتها أن تؤثر في العافية والحياة اليومية للأطفال وعائلاتهم.

عزيزي المحترم ولي أمرالطفل:

* **في أثناء إجابتك عن كل الأسئلة خذ في الحسبان كامل حياة طفلك منذ ولادته وحتى الآن:**

*ضع إشارة "√" جانب الإجابة الملائمة √ التي تصف على النحو الأفضل مُعاناة طفلك أومُعاناتك أنت.

1. هل شعر طفلك من قبل بألم في الأسنان أو الفم أو الفكين ؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لا أعرف

2. هل واجه طفلك من قبل صعوبة في شرب المشروبات الساخنة أو الباردة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية ؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لاأعرف

3. هل واجه طفلك من قبل صعوبة في أكل بعض الأطعمة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية ؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لاأعرف

4. هل لاقى طفلك من قبل صعوبة في نطق أي كلمة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية ؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لا أعرف

5. هل تغيّب طفلك من قبل عن الروضة أو المدرسة أو مكان الرعاية (كبيت أحد الأقارب أو الجيران) بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لاأعرف

6. هل عانى طفلك من قبل اضطراباً في نومه ناجماً عن مشكلات أو معالجات سنية ؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لاأعرف

7. هل كان طفلك من قبل نزقاً أو محبطاً بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لا أعرف

8. هل تجنب طفلك من قبل الابتسام أو الضحك في أثناء وجود أطفال آخرين معه بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لا أعرف

9. هل تجنب طفلك من قبل التكلم مع الأطفال الآخرين بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لا أعرف

10. هل شعرت أنت أوأحد أفراد العائلة من قبل بالانزعاج والقلق بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لاأعرف

11. هل شعرت أنت أو أحد أفراد العائلة من قبل بالذنب بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟
☐ لا أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لاأعرف

12. هل اضطررت أنت أو أحد أفراد العائلة من قبل إلى أن تترك عملك في البيت ، أوتأخذ إجازة ساعية من عملك بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟
☐ لاأبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لاأعرف

13. هل كان لدى طفلك من قبل مشكلات أو معالجات سنية ذات أثر أو عبء مادي على العائلة؟
☐ لاأبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراً جداً ☐ لا أعرف

14. إلى أي مدى أثرت الصحة الفموية لطفلك سلباً في عافيته و صحته العامة ؟
☐ أبداً لم تؤثر ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً ☐ كثيراًجداً

15. عموماً كيف تقيم الحالة الصحية للفم والأسنان لطفلك ؟
☐ جيدة جداً ☐ جيدة ☐ مقبولة ☐ سيئة ☐ سيئة جداً

الشكل (26)

The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)

Original English version[1]

"*Problems with the teeth, mouth or jaws and their treatment can affect the well-being and everyday lives of children and their families. For each of the following questions please circle the number next to the response that best describes your child's experiences or your own. Consider the child's entire life from birth until now when answering each question. If a question does not apply, check 'Never'" Response options: 1. Never, 2. Hardly ever, 3. Occasionally, 4. Often, 5. Very often and 6. Don't know.*

1. How often has your child had **pain** in the teeth, mouth or jaws? *(Child symptoms domain)*

   How often has your child......because of dental problems or dental treatments? *(Child function domain)*

2. had **difficulty drinking hot or cold beverages**
3. had **difficulty eating some foods**
4. had **difficulty pronouncing any words**
5. **missed preschool, daycare or school**

   How often has your child......because of dental problems or dental treatments? *(Child psychological domain)*

6. had **trouble sleeping**
7. been **irritable or frustrated**

   How often as your child......because of dental problems or dental treatments? *(Child self-image/social interaction domain)*

8. **avoided smiling or laughing** when around other children
9. **avoided talking** with other children

   How often have you or another family member......because of your child's dental problems or dental treatments? *(Parent distress domain)*

10. been **upset**
11. felt **guilty**

    How often.... *(Family function domain)*

12. have you or another family member **taken time off from work** .....because of your child's dental problems or dental treatments
13. has your child had dental problems or dental treatments that had a **financial impact** on your family?

الشكل (27)

1. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Health and Quality of Life Outcomes 2007; 5: 6-16.

الْبَابُ الثَّالِثُ

3

النتــائج

Results

3-1- أولاً: الدراسة الوبائية (دراسة انتشار نخور الطفولة المبكرة عند أطفال ما قبل المدرسة في رياض مدينة دمشق):

3-1- 1 - وصف عينة البحث:Sample Description

تألفت عينة البحث من 1201 طفلاً تراوحت أعمارهم بين 3 و5 سنوات تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقية من 67 روضة من رياض الأطفال في مدينة دمشق، ثم جرى فحصهم جميعاً، وكان توزع عينة البحث وفقاً للمتغيرات المختلفة كما يلي:

3-1-1-1- توزع عينة البحث وفقاً لمتغير جنس الطفل:

جدول رقم (7) يبين توزع عينة البحث وفقاً لمتغير جنس الطفل.

جنس الطفل	عدد الأطفال	النسبة المئوية
ذكر M	629	52.4
أنثى F	572	47.6
المجموع Total	1201	100

3-1-1-2- توزع عينة البحث وفقاً لمتغير جنس الطفل ومتغيرنوع الروضة:

جدول رقم (8) يبين توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل ونوع الروضة.

نوع الروضة	عدد الأطفال			النسبة المئوية		
	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً
رسمي Official	357	318	675	56.8	55.6	56.2
خاص Private	272	254	526	43.2	44.4	43.8
المجموع Total	629	572	1201	100	100	100

3-1-1- 3 - المتوسط الحسابي لأعمار الأطفال في عينة البحث وفقاً لمتغيــر جنس الطفل:

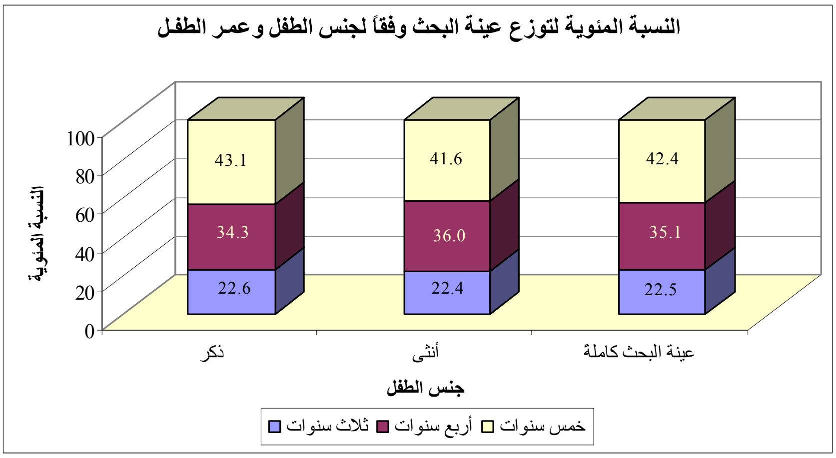
جدول رقم (9) يبين الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأعمار الأطفال بالسنوات في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

المتغير المدروس	جنس الطفل	عدد الأطفال	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
عمر الطفل (بالسنوات)	ذكر M	629	3	5	4.21	0.78
	أنثى F	572	3	5	4.19	0.78
	عينة البحث كاملةً	1201	3	5	4.20	0.78

3-1-1 –4 - توزع عينة البحث وفقاً لمتغير جنس الطفل ومتغير عمر الطفل:

جدول رقم (10) يبين توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل وعمر الطفل.

عمر الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً
ثلاث سنوات	142	128	270	22.6	22.4	22.5
أربع سنوات	216	206	422	34.3	36.0	35.1
خمس سنوات	271	238	509	43.1	41.6	42.4
المجموع	629	572	1201	100	100	100



مخطط رقم (1) يمثل النسبة المئوية لتوزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل وعمر الطفل.

3-1-1-5 - توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والمستوى الاقتصادي الاجتماعي للعائلة (عمل الأب):

جدول رقم (11) يبين توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والمستوى الاقتصادي الاجتماعي للعائلة (عمل الأب).

المستوى الاقتصادي الاجتماعي للعائلة(عمل الأب)*	عدد الأطفال		عينة البحث كاملةً	النسبة المئوية (%)		
	ذكر	أنثى		ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً
منخفض	103	91	194	16.4	15.9	16.2
متوسط	354	326	680	56.3	57.0	56.6
مرتفع	172	155	327	27.3	27.1	27.2
المجموع	629	572	1201	100	100	100

* مستوى عمل الأب: منخفض ويشمل(غير العاملين[الباحثون وغير الباحثين عن عمل]) ومتوسط ويشمل (المستخدمين والعمال شبه المهره وذوي الدخل المحدود) ومرتفع ويضم (الأعمال الاختصاصية و أصحاب الوظائف القيادية والعمال المهرة).

3-1-1- 6 - توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل وعمل الأم:

جدول رقم (12) يبين توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل وعمل الأم.

عمل الأم	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً
أم غير عاملة	300	273	573	57.6	56.6	57.1
أم عاملة	221	209	430	42.4	43.4	42.9
المجموع	521	482	1003	100	100	100

3-1-1 – 7 - توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والمستوى التعليمي للأب:

جدول رقم (13) يبين توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والمستوى التعليمي للأب.

المستوى التعليمي للأب*	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً
منخفض	62	65	127	11.9	13.3	12.5
متوسط	233	202	435	44.6	41.2	42.9
مرتفع	228	223	451	43.6	45.5	44.5
المجموع	523	490	1013	100	100	100

* المستوى التعليمي للأب: منخفض ويشمل (الأمية والتعليم الإبتدائي) ، متوسط ويشمل (التعليم الإعدادي والثانوي) ومرتفع ويشمل (التعليم الجامعي وما فوق الجامعي).

3-1-1- 8 - توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والمستوى التعليمي للأم:

جدول رقم (14) يبين توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والمستوى التعليمي للأم.

المستوى التعليمي للأم*	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً
منخفض	43	45	88	8.3	9.2	8.7
متوسط	256	235	491	49.2	48.1	48.7
مرتفع	221	209	430	42.5	42.7	42.6
المجموع	520	489	1009	100	100	100

* **المستوى التعليمي للأم:** منخفض ويشمل (الأُمية والتعليم الإبتدائي) ، متوسط ويشمل (التعليم الإعدادي والثانوي) ومرتفع ويشمل (التعليم الجامعي وما فوق الجامعي).

3-1-2- الدراسة الإحصائية التحليلية: Analytic Statistical Study

تم التأكد من ثبات الفحص السريري للباحث والاستقصاء عن بعض خصائص أطفال عينة البحث وأهلهم (المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة وشمل [المستوى التعليمي للوالدين وعملهم] وإصابة الطفل بالأمراض العامة والتوعية الصحية الفموية للطفل في الروضة وعدد مرات تفريش الأسنان)، ثم تم الفحص السني وقياس مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) للأسنان المؤقتة وجرى تحديد انتشار نخور الطفولة المبكرة عموماً وجرى تحديد انتشار نخور الطفولة المبكرة الشديدة. ثم جرت دراسة تأثير كل من المتغيرات المستقلة المختلفة (جنس الطفل وعمر الطفل ونوع الروضة والمستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة [عمل الأب + عمل الأم] والمستوى التعليمي للوالدين والإصابة بالأمراض العامة والتوعية الصحية الفموية للمدرسة وعدد مرات تفريش الأسنان)، على كل من المتغيرات المتعلقة بالخصائص السنية (انتشار نخور الطفولة المبكرة عموماً وانتشار النخور الشديدة ومشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث، وكانت نتائج التحليل كما يلي:

3-1-2-1- نتائج دراسة ثبات الفحص السريري Intra-examiner Reliability Assessment

قام الباحث باجراء فحص سني سريري قبل الدراسة لـ10% من حجم العينة بلغت 120 طفلاً تراوحت أعمارهم بين 3 و5 سنوات مرتين اثنتين بفاصل زمني قدره ثلاثة أسابيع لتقييم الثبات لدى الباحث وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (15) نتائج حساب قيم معامل التوافق (Kappa) بين تكرارات انتشار النخور في الفحص الأول وتكرارات انتشار النخور في الفحص الثاني في مجموعة دراسة ثبات الفحص السريري للباحث.

المتغيران المدروسان = انتشار النخور في الفحص الأول × انتشار النخور في الفحص الثاني					
عدد الأطفال	قيمة معامل التوافق Kappa	قيمة t المحسوبة	قيمة مستوى الدلالة	دلالة التوافق	شدة التوافق
120	0.958	10.507	0.000	<u>يوجد توافق دال</u>	ممتاز

يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05)، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) يوجد توافق ذو دلالة إحصائية بين انتشار النخور أو الفقد أو الترميمات في الفحص الأول وانتشار النخور أو الفقد أو الترميمات في الفحص الثاني، وبما أن قيمة معامل التوافق (Kappa) الموافقة كانت قريبة من الواحد الصحيح نستنتج أن التوافق بين الفحصين الأول والثاني في تحديد انتشار النخور كان ممتازاً أو شبه تام في مجموعة دراسة ثبات الفحص السريري للباحث.

3-1-2- 1- 2- التأكد من ثبات الفحص السريري للباحث بطريقة الثبات بالاختبار واعادة الاختبار (Test-Retest Reliability):

تم التأكد من ثبات الفحص السريري للباحث في مجموعة دراسة الثبات بطريقة الثبات بالاختبار وإعادة الاختبار في مجموعة دراسة ثبات الفحص السريري للباحث كما يلي:

تم اجراء الفحص السريري مرتين اثنتين بفارق زمني قدره ثلاثة أسابيع بين المرتين على كل طفل من أطفال مجموعة دراسة ثبات الفحص السريري للباحث ثم تم حساب قيم معاملات الارتباط بيرسون بين قيم كل من مشعر (dmft) و(dmfs) عند اجراء الفحص السريري للمرة الأولى وقيم المشعرات المذكورة عند اعادة اجرائه للمرة الثانية بعد مرور ثلاثة أسابيع كما يلي:

جدول رقم (16) يبين قيم معاملات الارتباط بين قيم استمارة الفحص السريري أول مرة وقيم استمارة الفحص السريري بعد ثلاثة أسابيع في مجموعة دراسة ثبات الفحص السريري للباحث.

المتغير الثاني	المتغير المدروس	المتغير الأول = القيم عند التطبيق الأولي			وجود علاقة ارتباط	جهة العلاقة	شدة العلاقة
		قيمة معامل الارتباط بيرسون	عدد الأطفال	قيمة مستوى الدلالة			
القيم عند إعادة اجراء الفحص للمرة الثانية	مشعر dmft	9390.	120	0.000	**توجد علاقة ارتباط**	طردية	**قوية**
	مشعر dmfs	8590.	120	0.000	**توجد علاقة ارتباط**	طردية	**قوية**

نلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) بالنسبة لجميع المشعرات المدروسة، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد علاقة ارتباط خطية بين قيم استمارة الفحص السريري عند اجراء الفحص السريري للمرة الأولى وقيم استمارة الفحص السريري بعد ثلاثة أسابيع في مجموعة دراسة ثبات الفحص السريري للباحث، وبما أن الإشارة الجبرية لمعاملات الارتباط المحسوبة موجبة نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت طردية، وبما أن القيم المطلقة لمعاملات الارتباط الموافقة كانت قريبة من الواحد الصحيح نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت قوية ما يدل على الثبات الجيد لاستمارة الفحص السريري في مجموعة دراسة ثبات الفحص السريري للباحث، وبذلك تم التأكد من ثبات الفحص السريري للباحث في مجموعة دراسة ثبات الفحص السريري.

3-1-2- 2- نتائج دراسة الاستقصاء عن بعض خصائص أطفال عينة البحث وأهلهم:

3-1-2 – 2-1- نتائج دراسة الاستقصاء عن الإصابة بالأمراض العامة التي قد لا تؤثر في الصحة الفموية في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

جدول رقم (17) يبين نتائج الاستقصاء عن الإصابة بالأمراض العامة التي قد لا تؤثر في الصحة الفموية في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

الإصابة بالأمراض العامة	عدد الأطفال			النسبة المئوية(%)		
	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً
غير مصاب بأمراض عامة	462	421	883	88.0	86.1	87.1
مصاب بمرض عام أو أكثر	63	68	131	12.0	13.9	12.9
المجموع	525	489	1014	100	100	100

3-1-2-2-2- نتائج دراسة الاستقصاء عن تلقي الطفل توعية صحية فموية (Oral Health Education) في روضته في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

جدول رقم (18) يبين نتائج الاستقصاء عن تلقي الطفل توعية صحية فموية في روضته في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

تلقي الطفل توعية صحية فموية في مدرسته	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً
لم يتلقَّ أية توعية صحية في المدرسة	220	181	401	43.5	38.8	41.2
تلقّى توعية صحية في المدرسة	286	286	572	56.5	61.2	58.8
المجموع	506	467	973	100	100	100

3-1-2- 2-3- نتائج دراسة الاستقصاء عن عدد مرات تفريش الأسنان في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

جدول رقم (19) يبين نتائج الاستقصاء عن عدد مرات تفريش الأسنان(Brushing Frequency) في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

عدد مرات تفريش الأسنان	عدد الأطفال			النسبة المئوية(%)		
	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً	ذكر	أنثى	عينة البحث كاملةً
ولا مرة أو بصورة غير منتظمة	170	150	320	32.2	30.7	31.5
مرة واحدة يومياً	298	274	572	56.4	56.0	56.2
مرتان اثنتان أو أكثر يومياً	60	65	125	11.4	13.3	12.3
المجموع	528	489	1017	100	100	100

3-1-2- 3- دراسة نخور الطفولة المبكرة الحقيقية والبدئية:
True/Cavitated & Incipient/Non Cavitated ECC

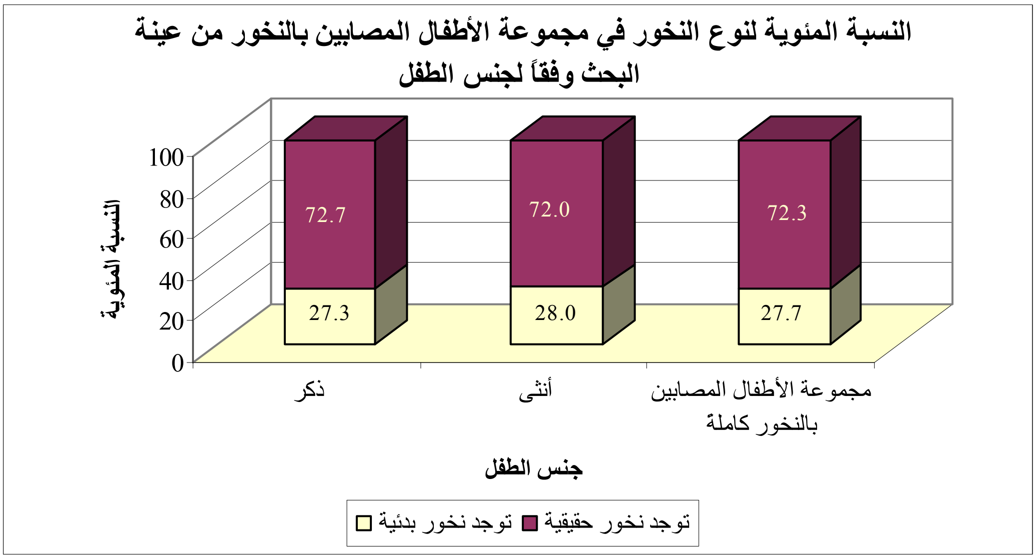
جرى حساب عدد الأطفال المصابين بنخور واضحة حقيقية (صـريحة) وبنخـور بدئية لم تشكل حفرة بعد في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث حسب توصيات (WHO) وورشة العمل المتعلقة بتشخيص وتقرير نخور الطفولـة المبكرة لأغراض البحث العلمي وبناءً على تعريف الـ AAPD لنخور الطفولـة المبكـرة .(Chosack 1986, WHO, 1997, Drury *et al.*, 1999, AAPD., 2003)

وكانت النتائج كما يلي:

3-1-2-3-1-نتائج نخور الطفولة المبكرة الحقيقية والبدئية في مجموعة الأطفـال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

جدول رقم (20) يبين نتائج نخور الطفولة المبكرة الحقيقية والبدئية في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

جنس الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	نخوربدئية	نخور حقيقية	المجموع	نخور بدئية	نخور حقيقية	المجموع
ذكر	150	399	549	27.3	72.7	100
أنثى	134	344	478	28.0	72.0	100
مجموعة الأطفال المصابين بالنخور كاملةً	284	743	1027	27.7	72.3	100



مخطط رقم (2) يمثل النسبة المئوية لنتائج نخور الطفولة المبكرة الحقيقية والبدئية في مجموعة الأطفال المصابين بالنخور من عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

3-1-2- 3- 2-نتائج نخور الطفولة المبكرة الحقيقية والبدئية فـــي مجموعـــة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقـــاً لعمر الطفل:

جدول رقم (21) يبين نتائج نخور الطفولة المبكرة الحقيقية والبدئية في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لعمر الطفل.

عمر الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	نخور بدئية	نخور حقيقية	المجموع	نخور بدئية	نخور حقيقية	المجموع
ثلاث سنوات	91	114	205	44.4	55.6	100
أربع سنوات	104	260	364	28.6	71.4	100
خمس سنوات	89	369	458	19.4	80.6	100

دراسة انتشار نخور الطفولة المبكرة وشدتها ونماذجها عند أطفال عينة البحث:

جـــرى تحديـــد نســـب انتشـــار نخـــور الطفولـــة المبكـــرة (Prevalence) وشدتها (Severity) ونماذجها (Patterns) عند أطفال العينة كما يلي:

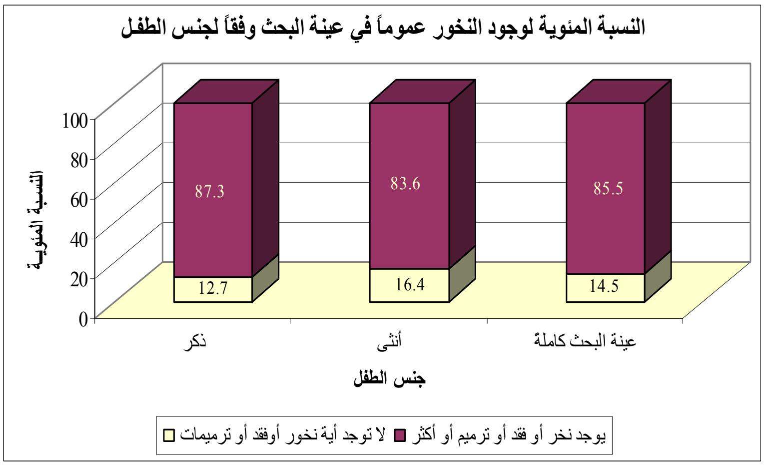
3-1- 2 – 4 – دراسة انتشار نخور الطفولة المبكرة عموماً في عينة البحث:

يقصد بالانتشار النسبة المئوية للأطفال المصابين بالنخور السنية لكامل عينة البحث المدروسة، حيث بلغت نسبة الأطفال المصابين 85.5 % (n=1027) بينما لم تتجاوز نسبة الأطفال بدون أيـــة إصـــابات نخريـــة 14.5% (n= 174) كمـــا هـــو موضـــح فـــي الجدول التالي:

3-1-2-4-1-نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة عموماً في عينة البحث وفقـــاً لجنس الطفل:

جدول رقم (22) يبين نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة عموماً في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

جنس الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	لا توجد أية نخور	يوجد نخر واحد أو أكثر	المجموع	لا توجد أية نخور	يوجد نخر واحد أو أكثر	المجموع
ذكرM	80	549	629	12.7	87.3	100
أنثىF	94	478	572	16.4	83.6	100
عينة البحث كاملةًTotal	174	1027	1201	14.5	85.5	100



مخطط رقم (3) يمثل النسبة المئوية لنتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة عموماً في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

3-1- 2- 4- 2- نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة عموماً في عينة البحث وفقاً لعمر الطفل:

جدول رقم (23) يبين نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة عموماً في عينة البحث وفقاً لعمر الطفل.

عمر الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية(%)		
	لا توجد أية نخور	يوجد نخر واحد أو أكثر	المجموع	لا توجد أية نخور	يوجد نخر واحد أو أكثر	المجموع
ثلاث سنوات	65	205	270	24.1	75.9	100
أربع سنوات	58	364	422	13.7	86.3	100
خمس سنوات	51	458	509	10.0	90.0	100

3-1- 2- 5 - دراسة شدة نخور الطفولة المبكرة من خلال مشعرات (dmft) و(dmfs) و(CSI) و(SiC) في عينة البحث:

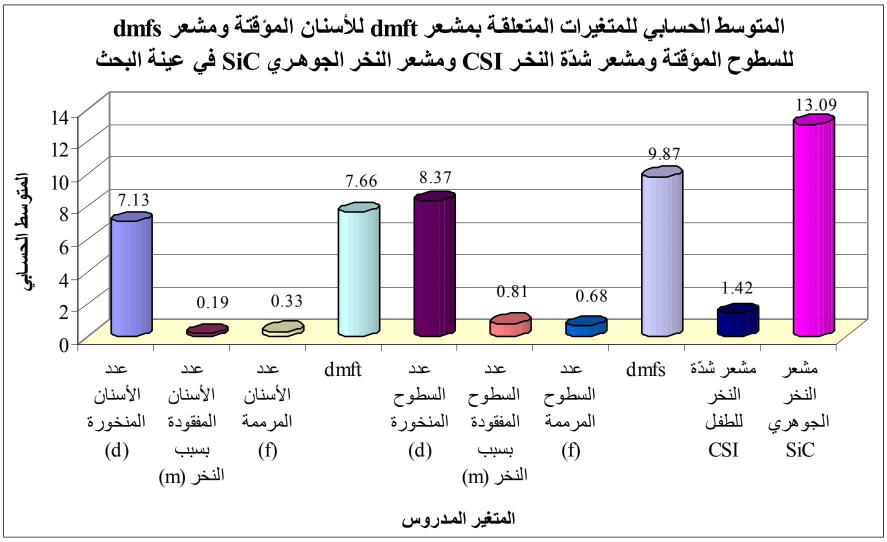
تُشير شدة نخور الطفولة المبكرة إلى العمق الذّي وصلت إليه الإصابة النخرية عند الطفل من خلال متوسطات (dmft) (عدد الأسنان المنخورة والمرممة والمفقودة بسبب النخر)، و(dmfs) (عدد السطوح السنية المنخورة والمرممة والمفقودة بسبب النخر)، ومشعر شدة النخر(CSI) ، وكذلك جرى حساب مشعر النخر الجوهري(SiC) ، وكانت النتائج كما يلي:

3-1-2- 5-1-المتوسط الحسابي لقيم المتغيرات المتعلقة بكل من مشعر (dmft) ومشعر (dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) ومشعر النخر الجوهري (SiC) في عينة البحث:

جدول رقم (24) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لقيم المتغيرات المتعلقة بمشعرات (dmft) و(dmfs) المؤقتة ومشعر شدة النخر (CSI) ومشعر النخر الجوهري (SiC) في عينة البحث.

المتغير المدروس	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
عدد الأسنان المؤقتة المنخورة dt	1201	7.13	(4.70)	0	20
عدد الأسنان المؤقتة المفقودة mt	1201	0.19	(0.70)	0	6
عدد الأسنان المؤقتة المرممة ft	1201	0.33	(0.99)	0	8
مشعر dmft	1201	7.66	(4.94)	0	20
عدد السطوح المنخورة ds	1201	8.37	(6.10)	0	33
عدد السطوح المفقودة ms	1201	0.81	(3.04)	0	26
عدد السطوح المرممة fs	1201	0.68	(2.49)	0	35
مشعر dmfs	1201	9.87	(7.79)	0	45
مشعر شدة النخر CSI	1201	1.42	(0.94)	0	6
مشعر النخر الجوهري SiC	400	13.09	(2.26)	10	20

تراوحت قيم مشعر (dmft) لدى أطفال عينة البحث بين 0 و20 وبلغت القيمة المتوسطة 7.66 ± 4.94 بينما تراوحت قيم مشعر (dmfs) بين 0 و45 وبلغت القيمة المتوسطة 9.87 ± 7.79 في حين تراوحت قيم مشعر شدة النخر(CSI) بين 0 و6 وبلغت القيمة المتوسطة 1.42 ± 0.94 كما يظهر في الجدول أعلاه. وتراوحت قيمة (Sic) بين 10 و20 وبلغت القيمة المتوسطة 13.09 ± 2.26 كما يظهر في الجدول أعلاه. وكان الهدف من حساب ودراسة مشعر قيمة (Sic) اضافة المزيد من الدقة لمشعرات (dmft) و(dmfs) إذ يُشير هذا المشعر إلى الأطفال ذوي تسجيلات النخور الأعلى في عينة البحث.



مخطط رقم (4) يمثل المتوسط الحسابي لقيم المتغيرات المتعلقة بكل من مشعر (dmft)، ومشعر (dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) ومشعر النخر الجوهري (SiC) في عينة البحث.

3-1-2-5-2-المتوسط الحسابي لقيم كل من المتغيرات المتعلقة بكل من مشعر (dmft) ومشعر (dmfs) في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

جدول رقم (25) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من المتغيرات المتعلقة بكل من مشعرات (dmft) و(dmfs) في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

المتغير المدروس	جنس الطفل	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
عدد الأسنان المؤقتة المنخورة dt	ذكر M	629	7.30	4.66	0	20
	أنثى F	572	6.96	4.74	0	20
عدد الأسنان المؤقتة المفقودة mt	ذكر M	629	0.20	0.70	0	6
	أنثى F	572	0.18	0.71	0	6
عدد الأسنان المؤقتة المرممة ft	ذكر M	629	0.34	0.98	0	6
	أنثى F	572	0.33	1.00	0	8
عدد السطوح المنخورة ds	ذكر M	629	8.64	6.17	0	33
	أنثى F	572	8.08	6.02	0	29
عدد السطوح المفقودة ms	ذكر M	629	0.85	3.03	0	26
	أنثى F	572	0.77	3.05	0	26
عدد السطوح المرممة fs	ذكر M	629	0.69	2.39	0	25
	أنثى F	572	0.68	2.59	0	35

3-1-2- 5- 3-المتوسط الحسابي لقيم كل من المتغيرات المتعلقة بكل من مشعر (dmft) ومشعر (dmfs) في عينة البحث وفقاً لعمر الطفل:

جدول رقم (26) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من المتغيرات المتعلقة بكل من مشعر (dmft) ومشعر (dmfs) في عينة البحث وفقاً لعمر الطفل.

المتغير المدروس	عمر الطفل	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
عدد الأسنان المؤقتة المنخورة dt	ثلاث سنوات	270	5.99	5.03	0	20
	أربع سنوات	422	7.16	4.53	0	19
	خمس سنوات	509	7.72	4.55	0	20
عدد الأسنان المؤقتة المفقودة mt	ثلاث سنوات	270	0.05	0.30	0	3
	أربع سنوات	422	0.13	0.58	0	6
	خمس سنوات	509	0.31	0.90	0	6
عدد الأسنان المؤقتة المرممة ft	ثلاث سنوات	270	0.07	0.49	0	6
	أربع سنوات	422	0.27	0.89	0	8
	خمس سنوات	509	0.52	1.20	0	7
عددالسطوح المنخورة ds	ثلاث سنوات	270	6.71	5.78	0	27
	أربع سنوات	422	8.32	5.79	0	28
	خمس سنوات	509	9.30	6.34	0	33
عددالسطوح المفقودة ms	ثلاث سنوات	270	0.21	1.33	0	14
	أربع سنوات	422	0.55	2.45	0	26
	خمس سنوات	509	1.35	3.92	0	26
عددالسطوح المرممة fs	ثلاث سنوات	270	0.09	0.58	0	7
	أربع سنوات	422	0.50	1.67	0	13
	خمس سنوات	509	1.15	3.42	0	35

3-1-2- 5- 4- النسبة المئوية للأسنان المؤقتة المنخورة والمفقـودة بسـبب النخر والمرممة في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

جدول رقم (27) يبين النسبة المئوية للأسنان المؤقتة المنخورة والمفقودة بسبب النخر والمرممة في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

المتغير المدروس	جنس الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
		لا يوجد dmft=0	يوجد سن واحد أو أكثر dmft ≥ 1	المجموع	لا يوجد dmft=0	يوجد سن واحد أو أكثر dmft ≥ 1	المجموع
الأسنان المنخورة dt	ذكر	84	545	629	13.4	86.6	100
	أنثى	97	475	572	17.0	83.0	100
	عينة البحث كاملةً	181	1020	1201	15.1	84.9	100
الأسنان المفقودة بسبب النخر mt	ذكر	566	63	629	90.0	10.0	100
	أنثى	523	49	572	91.4	8.6	100
	عينة البحث كاملةً	1089	112	1201	90.7	9.3	100
الأسنان المرممة ft	ذكر	536	93	629	85.2	14.8	100
	أنثى	490	82	572	85.7	14.3	100
	عينة البحث كاملةً	1026	175	1201	85.4	14.6	100

3-1-2- 5-5- النسبة المئوية لانتشار النخور والفقد بسبب النخر والترميم في الأسنان المؤقتة في عينة البحث وفقاً لعمر الطفل:

جدول رقم (28) يبين النسبة المئوية للأسنان المؤقتة المنخورة والمفقودة بسبب النخر والمرممة في عينة البحث وفقاً لعمر الطفل.

المتغير المدروس	عمر الطفل	عدد الأطفال: لا يوجد dmft=0	عدد الأطفال: يوجد سن واحد أو أكثر dmft ≥ 1	عدد الأطفال: المجموع	النسبة المئوية (%): لا يوجد dmft=0	النسبة المئوية (%): يوجد سن واحد أو أكثر dmft ≥ 1	النسبة المئوية (%): المجموع
الأسنان المنخورة dt	ثلاث سنوات	67	203	270	24.8	**75.2**	100
	أربع سنوات	61	361	422	14.5	85.5	100
	خمس سنوات	53	456	509	10.4	**89.6**	100
الأسنان المفقودة بسبب النخر mt	ثلاث سنوات	262	8	270	97.0	3.0	100
	أربع سنوات	393	29	422	93.1	6.9	100
	خمس سنوات	434	75	509	85.3	14.7	100
وجود الترميم ft	ثلاث سنوات	260	10	270	96.3	3.7	100
	أربع سنوات	370	52	422	87.7	12.3	100
	خمس سنوات	396	**113**	509	77.8	**22.2**	100

3-1-2- 6- دراسة نماذج نخور الطفولة المبكرة في مجموعة الأطفال المصابين من عينة البحث.

جرت الدراسة باعتماد تصنيف النخور حسب نوع السن Tooth type ECC patterns في مجموعة الأطفال المصابين من عينة البحث. التوزع يعني النسبة المئوية للنخور الكلية التي يمثلها كل نموذج نخري حسب نوع السن (Douglass *et al.*, 1994).

1. نخور القواطع الأربعة العلوية:

جرى حساب عدد الأطفال الذين لديهم نخور في واحد أو أكثر من القواطع الأربعة العلوية فقط وفقاً لجنس الطفل، وكانت النتائج كما يلي:

3-1-2-6-1- نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة في القواطع الأربعة العلوية في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

جدول رقم (29) يبين نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة في القواطع الأربعة العلوية في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

جنس الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية(%)		
	لا توجد نخور في القواطع الأربعة العلوية	توجد نخور في القواطع الأربعة العلوية	المجموع	لا توجد نخور في القواطع الأربعة العلوية	توجد نخور في القواطع الأربعة العلوية	المجموع
ذكر	131	418	549	23.9	76.1	100
أنثى	128	350	478	26.8	73.2	100
مجموعة الأطفال المصابين بالنخور كاملةً	259	768	1027	25.2	74.8	100

2. نخور الطفولة المبكرة في الأرحاء:

جرى حساب عدد الأطفال الذين لديهم نخور طفولة مُبكرة في الأسنان الخلفية فقط وفقاً لجنس وعمر الطفل، وكانت النتائج كما يلي:

3-1-2-6-2- نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة في الأرحاء في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

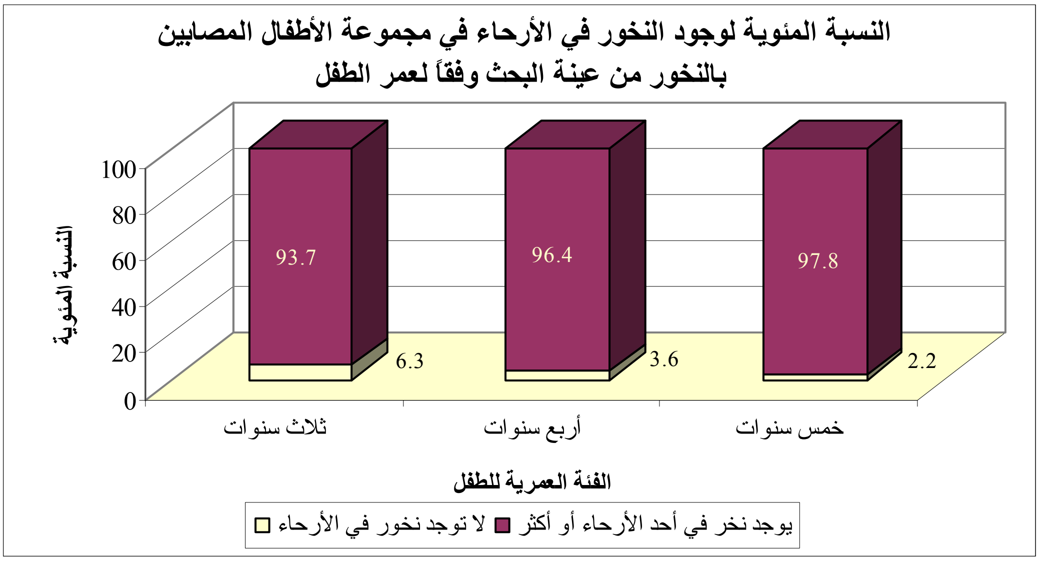
جدول رقم (30) يبين نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة في الأرحاء في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

جنس الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	لا توجد نخور في الأرحاء	توجد نخور في الأرحاء	المجموع Total	لا توجد نخور في الأرحاء	توجد نخور في الأرحاء	المجموع
ذكر(M)	17	532	549	3.1	96.9	100
أنثى(F)	19	459	478	4.0	96.0	100
مجموعة الأطفال المصابين بالنخور كاملةً	36	991	1027	3.5	96.5	100

3-1-2- 6-3- نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة في الأرحاء في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لعمر الطفل:

جدول رقم (31) يبين نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة في الأرحاء في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لعمر الطفل.

عمر الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية(%)		
	لا توجد نخور في الأرحاء	توجد نخور في الأرحاء	المجموع	لا توجد نخور في الأرحاء	توجد نخور في الأرحاء	المجموع
ثلاث سنوات	13	192	205	6.3	93.7	100
أربع سنوات	13	351	364	3.6	96.4	100
خمس سنوات	10	448	458	2.2	97.8	100



مخطط رقم (5) يمثل النسبة المئوية لنتائج مراقبة وجود النخور في الأرحاء في مجموعة الأطفال المصابين بالنخور من عينة البحث وفقاً لعمر الطفل.

➢ دراسة تأثير عمر الطفل على تكرارات انتشار النخور في الأرحاء في مجموعة الأطفال المصابين بالنخور من عينة البحث:

لدراسة دلالة الفروق في تكرارات وجود النخور في الأرحاء بين مجموعات عمر الطفل في مجموعة الأطفال المصابين بالنخور من عينة البحث تم إجراء اختبار كاي مربع كما يلي:

- **نتائج اختبار كاي مربع:**

جدول رقم (32) يبين نتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات انتشار النخور في الأرحاء بين مجموعات عمر الطفل في مجموعة الأطفال المصابين بالنخور من عينة البحث.

المتغيران المدروسان = وجود النخور في الأرحاء × عمر الطفل				
عدد الأطفال	**قيمة كاي مربع**	**درجات الحرية**	**قيمة مستوى الدلالة المقدرة**	**دلالة الفروق**
1027	7.246	2	0.027	توجد فروق دالة

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة (0.05)، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات انتشار النخور في الأرحاء بين مجموعات عمر الطفل، وبدراسة جدول التكرارات والنسب المئوية الموافق يُلاحظ أن نسبة انتشار النخور في الأرحاء في مجموعة الأطفال بعمر ثلاث سنوات كانت أصغر منها في كل من مجموعة الأطفال بعمر أربع سنوات ومجموعة الأطفال بعمر خمس سنوات وأن نسبة انتشار النخور في الأرحاء في مجموعة الأطفال بعمر أربع سنوات كانت أصغر منها في مجموعة الأطفال بعمر خمس سنوات في مجموعة الأطفال المصابين بالنخور من عينة البحث.

3. نخور الطفولة المبكرة في القواطع والأرحاء معاً (مع الأنياب أو من دونه):

جرى حساب عدد الأطفال الذين لديهم نخور طفولة مبكرة في واحد أو أكثر من الأسنان الأربعة الأمامية والأسنان الخلفية مع وجود نخر في الأنياب أو من دونه، وفقاً لجنس وعمر الطفل وكانت النتائج كما يلي:

3-1-2- 6- 4- نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة في القواطع والأرحاء معاً (مع الأنياب أو من دونها) في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

جدول رقم (33) يبين نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة في القواطع والأرحاء معاً مع الأنياب أو من دونها في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

جنس الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية(%)		
	لا توجد نخور في القواطع والأرحاء معاً	توجد نخور في القواطع والأرحاء معاً	المجموع	لا توجد نخور في القواطع والأرحاء معاً	توجد نخور في القواطع والأرحاء معاً	المجموع
ذكر	139	410	549	25.3	74.7	100
أنثى	138	340	478	28.9	71.1	100
مجموعة الأطفال المصابين بالنخور كاملةً	277	750	1027	27.0	73.0	100

3-1-2- 7- دراسة انتشار نخور الطفولة المبكرة الشديدة في عينة البحث:

3-1-2-7-1- نتائج دراسة انتشار نخور الطفولة المبكرة الشديدة في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

بلغت نسبة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة الشديدة (73.8%) (n=886) بينما لم تتجاوز نسبة الأطفال غير المصابين بنخور الطفولة المبكرة الشديدة (26.2%) (n=315) كما هو موضح في الجدول التالي.

جدول رقم (34) يبين نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة الشديدة في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

جنس الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	لا توجد نخور شديدة	توجد نخور شديدة	المجموع	لا توجد نخور شديدة	توجد نخور شديدة	المجموع
ذكر	152	477	629	24.2	75.8	100
أنثى	163	409	572	28.5	71.5	100
عينة البحث كاملةً	315	886	1201	26.2	73.8	100

3-1-2-7- نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة الشديدة في عينة البحث وفقاً لعمر الطفل:

جدول رقم (35) يبين نتائج انتشار نخور الطفولة المبكرة الشديدة في عينة البحث وفقاً لعمر الطفل.

عمر الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	لا توجد نخور شديدة	توجد نخور شديدة	المجموع	لا توجد نخور شديدة	توجد نخور شديدة	المجموع
ثلاث سنوات	88	182	270	32.6	67.4	100
أربع سنوات	108	314	422	25.6	74.4	100
خمس سنوات	119	390	509	23.4	76.6	100

3-1-2-8- نتائج دراسة تأثير المتغيرات المختلفة على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) و(CSI)

3-1-2-8-1-نتائج قياس قيم كل من مشعر(dmft) ومشعر (dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

جدول رقم (36) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من مشعر (dmft) للأسنان المؤقتة، ومشعر (dmfs) لسطوح الأسنان المؤقتة، ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لجنس الطفل.

المتغير المدروس	جنس الطفل	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مشعر dmft	ذكر M	629	7.83	4.86	0.19	0	20
	أنثى F	572	7.46	5.03	0.21	0	20
مشعر dmfs	ذكر M	629	10.18	7.75	0.31	0	41
	أنثى F	572	9.52	7.83	0.33	0	45
مشعر شدة النخر CSI	ذكر M	629	1.47	0.94	0.04	0	6
	أنثى F	572	1.37	0.93	0.04	0	6

➢ دراسة تأثير الجنس على قيم كل من مشعر dmft ومشعر dmfs ومشعر شدة النخر CSI في عينة البحث:

جرى القيام باختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعر (dmft) ومشعر (dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث كما يلي:

- **نتائج اختبار Mann-Whitney U:**

جدول رقم (37) نتائج اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في عينة البحث.

المتغير المدروس	جنس الطفل	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	ذكر M	629	613.06	172306	0.205	لا توجد فروق دالة
	أنثى F	572	587.73			
مشعر dmfs	ذكر M	629	616.18	170343.5	0.111	لا توجد فروق دالة
	أنثى F	572	584.30			
مشعر شدة النخر CSI	ذكر M	629	618.69	168770	0.063	لا توجد فروق دالة
	أنثى F	572	581.55			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة (0.05) مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث ولا تأثير لجنس الطفل على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر CSI في عينة البحث.

3-1-2- 8-2- نتائج قياس قيم كل من مشعر (dmft) ومشعر (dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لعمر الطفل:

جدول رقم (38) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لعمر الطفل.

المتغير المدروس	عمر الطفل	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مشعر dmft	ثلاث سنوات 3yrs	270	6.11	(5.06)	0.31	0	20
	أربع سنوات 4yrs	422	7.56	(4.74)	0.23	0	19
	خمس سنوات 5yrs	509	8.56	(4.84)	0.21	0	20
مشعر dmfs	ثلاث سنوات 3yrs	270	7.01	(6.09)	0.37	0	32
	أربع سنوات 4yrs	422	9.37	(6.92)	0.34	0	38
	خمس سنوات 5yrs	509	11.80	(8.70)	0.39	0	45
مشعر شدة النخر CSI	ثلاث سنوات 3yrs	270	1.12	(0.86)	0.05	0	6
	أربع سنوات 4yrs	422	1.42	(0.91)	0.04	0	6
	خمس سنوات 5yrs	509	1.58	(0.97)	0.04	0	5.87

➢ دراسة تأثير عمر الطفل على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث:

لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر CSI بين مجموعات عمر الطفل في عينة البحث تم إجراء اختبار (Kruskal-Wallis) كما يلي:

- **نتائج اختبار (Kruskal-Wallis):**

جدول رقم (39) يبين نتائج اختبار (Kruskal-Wallis) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات عمر الطفل في عينة البحث.

المتغير المدروس	عمر الطفل	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة كاي مربع	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	ثلاث سنوات 3yrs	270	490.18	45.572	0.000	**توجد فروق دالة**
	أربع سنوات 4yrs	422	594.24			
	خمس سنوات 5yrs	509	665.39			
مشعر dmfs	ثلاث سنوات 3yrs	270	473.53	62.981	0.000	**توجد فروق دالة**
	أربع سنوات 4yrs	422	588.62			
	خمس سنوات 5yrs	509	678.88			
مشعر شدة النخر CSI	ثلاث سنوات 3yrs	270	485.43	46.361	0.000	**توجد فروق دالة**
	أربع سنوات 4yrs	422	600.95			
	خمس سنوات 5yrs	509	662.34			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعر (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات

عمر الطفل في عينة البحث، ولمعرفة أي مجموعات عمر الطفل تختلف عن الأخرى في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) تم إجراء اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق الثنائية في متوسط كـل مـن مشـعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات عمر الطفل في عينة البحث كما يلي:

- **نتائج اختبار (Mann-Whitney U):**

جدول رقم (40) يبين نتائج اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق الثنائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات عمر الطفل في عينة البحث.

المتغير المدروس	عمر الطفل (أ)	عمر الطفل (ب)	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	ثلاث سنوات	أربع سنوات	46722.5	0.000	توجد فروق دالة
		خمس سنوات	49041.0	0.000	توجد فروق دالة
	أربع سنوات	خمس سنوات	94297.5	0.001	توجد فروق دالة
مشعر dmfs	ثلاث سنوات	أربع سنوات	45649.5	0.000	توجد فروق دالة
		خمس سنوات	45618.5	0.000	توجد فروق دالة
	أربع سنوات	خمس سنوات	90855.5	0.000	توجد فروق دالة
مشعر شدة النخر CSI	ثلاث سنوات	أربع سنوات	45973.0	0.000	توجد فروق دالة
		خمس سنوات	48508.0	0.000	توجد فروق دالة
	أربع سنوات	خمس سنوات	96383.0	0.007	توجد فروق دالة

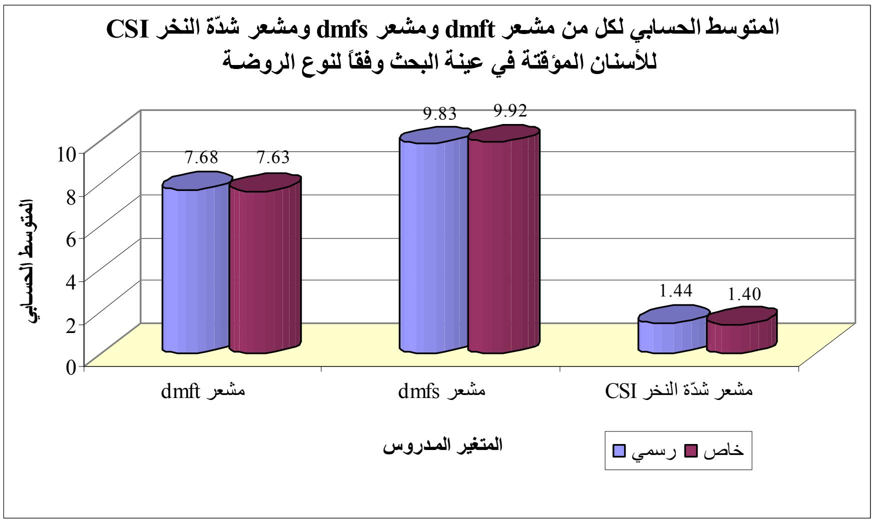
يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) بالنسبة لجميع المقارنات الثنائية المدروسة، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) ومشعر(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات عمر الطفل المدروسة في عينة البحث، وبدراسة متوسطات الرتب نستنتج أن قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في مجموعة الأطفال بعمر ثلاث سنوات كانت أصغر منها في كل من مجموعة الأطفال بعمر أربع سنوات ومجموعة الأطفال بعمر خمس سنوات على حدة، ونستنتج أن قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في مجموعة الأطفال بعمر أربع سنوات كانت أصغر منها في مجموعة الأطفال بعمر خمس سنوات في عينة البحث.

♦ تأثير نوع الروضة:

3-1- 2- 8-3- نتائج قياس قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشـــعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لنوع الروضة:

جدول رقم (41) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر CSI في عينة البحث وفقاً لنوع الروضة.

المتغير المدروس	نوع الروضة	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مشعر dmft	رسمي	675	7.68	5.06	0.19	0	20
	خاص	526	7.63	4.78	0.21	0	19
مشعر dmfs	رسمي	675	9.83	7.77	0.30	0	45
	خاص	526	9.92	7.82	0.34	0	44
مشعر شدة النخر CSI	رسمي	675	1.44	0.98	0.04	0	6
	خاص	526	1.40	0.88	0.04	0	6



مخطط رقم (6) يمثل المتوسط الحسابي لكل من مشعر (dmft)، ومشعر (dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لنوع الروضة.

➢ دراسة تأثير نوع الروضة على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث:

تم إجراء اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بـين مجموعـة الأطفـال فـي الرياض الرسمية ومجموعة الأطفال في الرياض الخاصة في عينة البحث كما يلي:

- **نتائج اختبار (Mann-Whitney U):**

جدول رقم (42) يبين نتائج اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعرشدة النخر (CSI) بين مجموعة الأطفال في الرياض الرسمية ومجموعة الأطفال في الرياض الخاصة في عينة البحث.

المتغير المدروس	نوع الروضة	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	رسمي	675	600.38	177105.0	0.944	لا توجد فروق دالة
	خاص	526	601.80			
مشعر dmfs	رسمي	675	599.17	176289.5	0.835	لا توجد فروق دالة
	خاص	526	603.35			
مشعر شدة النخر CSI	رسمي	675	606.20	174017.5	0.554	لا توجد فروق دالة
	خاص	526	594.33			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة (0.05) مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات(dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بـين مجموعـة الأطفال في الرياض الرسمية ومجموعة الأطفال في الرياض الخاصة ولا تـأثير لنـوع الروضة على قيم كل من مشعرات (dmft) و (dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) فـي عينة البحث.

♦ تقييم المستوى الاقتصادي الاجتماعي للعائلة.

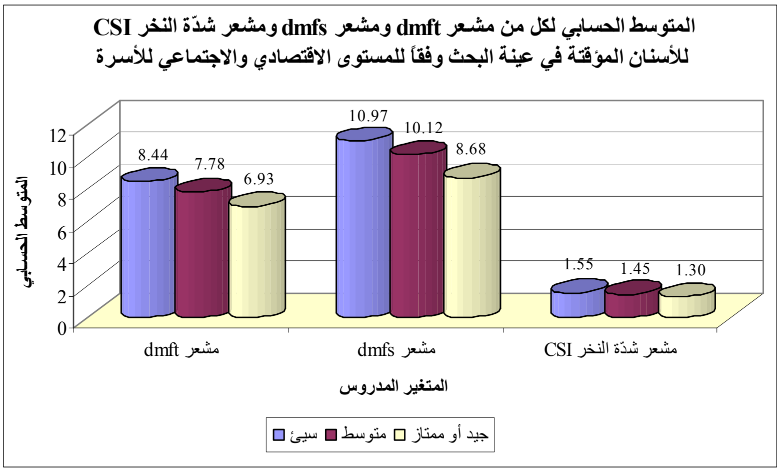
- **<u>تأثير مهنة الوالدين: (Parental occupation)</u>**

3-1-2- 8-4- نتائج قياس قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً للمستوى الاقتصادي للعائلة (عمل الأب):

جدول رقم (43) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً للمستوى الاجتماعي الاقتصادي للعائلة(عمل الأب).

المتغير المدروس	عمل الأب*	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مشعر dmft	منخفض	194	8.44	4.89	0.35	0	19
	متوسط	680	7.78	5.01	0.19	0	20
	مرتفع	327	6.93	4.74	0.26	0	20
مشعر dmfs	منخفض	194	10.97	8.11	0.58	0	38
	متوسط	680	10.12	7.98	0.31	0	45
	مرتفع	327	8.68	7.03	0.39	0	41
مشعر شدة النخر CSI	منخفض	194	1.55	0.96	0.07	0	5
	متوسط	680	1.45	0.95	0.04	0	6
	مرتفع	327	1.30	0.90	0.05	0	6

* <u>**مستوى عمل الأب:**</u> منخفض ويشمل(غير العاملين [الباحثون وغير الباحثين عن عمل]) ومتوسط ويشمل (المستخدمين والعمال شبه المهره وذوي الدخل المحدود) ومرتفع ويضم (الأعمال الاختصاصية وأصحاب الوظائف القيادية والعمال المهرة).



مخطط رقم (7) يمثل المتوسط الحسابي لكل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة(عمل الأب).

➢ دراسة تأثير المستوى الاقتصادي للعائلة (عمل الأب) على قيم كل من مشعر (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث:

لدراسة دلالة الفروق في متوسـطات (dmft) و(dmfs) و(CSI) بـين مجموعـات المستوى الاقتصادي للعائلة في عينة البحث تم إجراء اختبار (Kruskal-Wallis) كما يلي:

- **نتائج اختبار (Kruskal-Wallis):**

جدول رقم (44) يبين نتائج اختبار (Kruskal-Wallis) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى الاقتصادي الاجتماعي للعائلة (عمل الأب) في عينة البحث.

المتغير المدروس	عمل الأب	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة كاي مربع	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	منخفض	194	650.94	10.197	0.006	توجد فروق دالة
	متوسط	680	608.88			
	مرتفع	327	554.99			
مشعر dmfs	منخفض	194	647.71	9.894	0.007	توجد فروق دالة
	متوسط	680	610.02			
	مرتفع	327	554.54			
مشعر شدة النخر CSI	منخفض	194	647.97	10.115	0.006	توجد فروق دالة
	متوسط	680	610.16			
	مرتفع	327	554.09			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft وdmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات عمل الأب في عينة البحث، ولمعرفة أي مجموعات عمل الأب تختلف عن الأخرى في متوسط مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) تم إجراء اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق الثنائية في متوسط مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات عمل الأب في عينة البحث كما يلي:

- **نتائج اختبار (Mann-Whitney U):**

جدول رقم (45) يبين نتائج اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق الثنائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة في عينة البحث.

المتغير المدروس	المستوى الاقتصادي للأسرة (أ)	المستوى الاقتصادي للأسرة (ب)	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	منخفض	متوسطة	61396.5	0.140	لا توجد فروق دالة
		مرتفعة	26593.5	0.002	**توجد فروق دالة**
	متوسط	مرتفعة	101259.0	0.021	**توجد فروق دالة**
مشعر dmfs	منخفض	متوسطة	61886.5	0.188	لا توجد فروق دالة
		مرتفعة	26731.0	0.003	**توجد فروق دالة**
	متوسط	مرتفعة	100976.0	0.018	**توجد فروق دالة**
مشعر شدة النخر CSI	منخفض	متوسطة	61867.0	0.185	لا توجد فروق دالة
		مرتفعة	26699.0	0.002	**توجد فروق دالة**
	متوسط	مرتفعة	100860.5	0.016	**توجد فروق دالة**

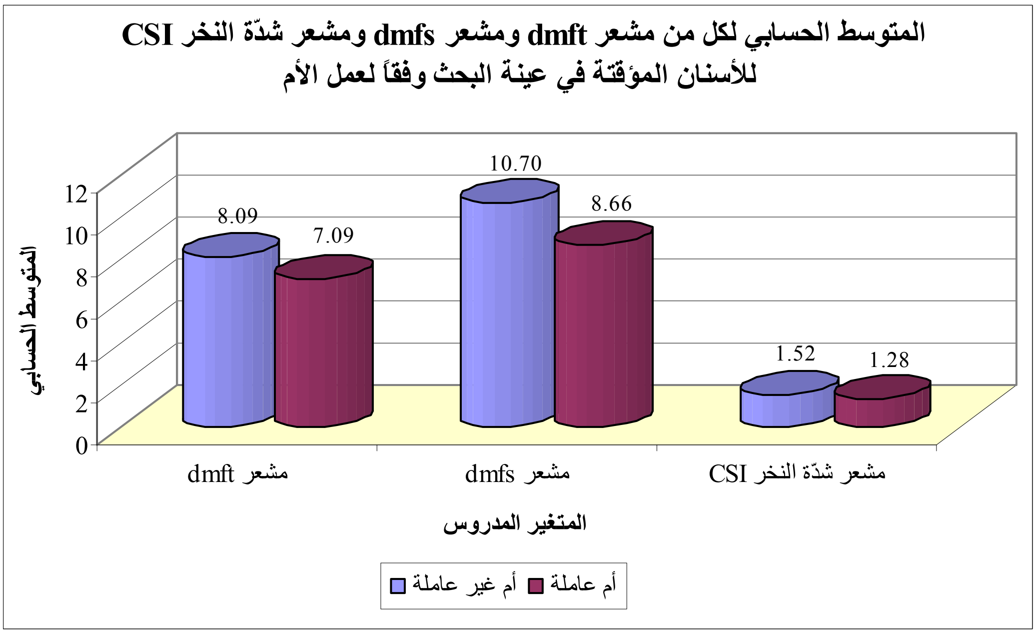
يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة (0.05) عند المقارنة بين مجموعة الأطفال ذوي الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع وكل من مجموعة الأطفال ذوي الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض ومجموعة الأطفال ذوي الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتوسط على حدة مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة المذكورة في عينة البحث، وبدراسة متوسطات الرتب نستنتج أن قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في مجموعة الأطفال ذوي الأسر ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع كانت أصغر منها في كل من مجموعة الأطفال ذوي الأسر ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض ومجموعة الأطفال ذوي الأسر ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط على حدة في عينة البحث.

• تأثير عمل الأم:

3-1-2- 8-5- نتائج قياس قيم كل من مشعرات (dmft) و (dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لعمل الأم:

جدول رقم (46) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لعمل الأم.

المتغير المدروس	عمل الأم	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مشعر dmft	أم غير عاملة	573	8.09	4.77	0.20	0	20
	أم عاملة	430	7.09	5.14	0.25	0	20
مشعر dmfs	أم غير عاملة	573	10.70	7.93	0.33	0	41
	أم عاملة	430	8.66	7.10	0.34	0	35
مشعر شدة النخر CSI	أم غير عاملة	573	1.52	0.94	0.04	0	5
	أم عاملة	430	1.28	0.92	0.04	0	6



مخطط رقم (8) يمثل المتوسط الحسابي لكل من مشعرات (dmft) و (dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لعمل الأم.

➢ دراسة تأثير عمل الأم على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) و(CSI) في عينة البحث:

لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر(CSI) بين مجموعة الأطفال ذوي الأم غير العاملة ومجموعة الأطفـال ذوي الأم العاملة في عينة البحث تم إجراء اختبار (Mann-Whitney U) كما يلي:

- **نتائج اختبار (Mann-Whitney U):**

جدول رقم (47) يبين اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الأطفال ذوي الأم غير العاملة ومجموعة الأطفال ذوي الأم العاملة في عينة البحث.

المتغير المدروس	عمل الأم	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	أم غير عاملة	573	527.10	108813	0.001	توجد فروق دالة
	أم عاملة	430	468.55			
مشعر dmfs	أم غير عاملة	573	533.42	105194	0.000	توجد فروق دالة
	أم عاملة	430	460.14			
مشعر شدة النخر CSI	أم غير عاملة	573	535.77	103843	0.000	توجد فروق دالة
	أم عاملة	430	457.00			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) مهمـا كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر(CSI) بين مجموعـة الأطفال ذوي الأم غير العاملة ومجموعة الأطفـال ذوي الأم العاملـة، وبدراسـة قـيم متوسطات الرتب نستنتج أن قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في مجموعة الأطفال ذوي الأم غير العاملة كانت أكبر منها في مجموعة الأطفال ذوي الأم العاملة على حدة في عينة البحث.

♦ تأثير المستوى التعليمي للوالدين: (Parental education)

• المستوى التعليمي للأب:

3-1-2- 8-6- نتائج قياس قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً للمستوى التعليمي للأب:

جدول رقم (48) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من مشعرات (dmft) و (dmfs) ، في عينة البحث وفقاً للمستوى التعليمي للأب.

المتغير المدروس	المستوى التعليمي للأب*	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مشعر dmft	منخفض	127	8.99	4.88	0.43	0	20
	متوسط	435	8.02	4.86	0.23	0	20
	مرتفع	451	6.91	4.95	0.23	0	20
مشعر dmfs	منخفض	127	12.35	9.11	0.81	0	41
	متوسط	435	10.41	7.68	0.37	0	38
	مرتفع	451	8.42	6.80	0.32	0	34
مشعر شدة النخر CSI	منخفض	127	1.68	0.99	0.09	0	4.89
	متوسط	435	1.47	0.95	0.05	0	6
	مرتفع	451	1.28	0.88	0.04	0	6

* **المستوى التعليمي للأب:** منخفض ويشمل (الأُمية والتعليم الإبتدائي) ، متوسط ويشمل (التعليم الإعدادي والثانوي) ومرتفع ويشمل (التعليم الجامعي وما فوق الجامعي).

➢ دراسة تأثير المستوى التعليمي للأب على قيم مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث:

لدراسة دلالة الفروق في متوسطات كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأب في عينة البحث تم إجراء اختبار (Kruskal-Wallis) كما يلي:

- **نتائج اختبار (Kruskal-Wallis):**

جدول رقم (49) يبين نتائج اختبار (Kruskal-Wallis) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأب في عينة البحث.

المتغير المدروس	المستوى التعليمي للأب	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة كاي مربع	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	منخفض	127	579.16	19.966	0.000	توجد فروق دالة
	متوسط	435	529.85			
	مرتفع	451	464.64			
مشعر dmfs	منخفض	127	583.61	23.769	0.000	توجد فروق دالة
	متوسط	435	533.05			
	مرتفع	451	460.30			
مشعر شدة النخر CSI	منخفض	127	595.98	22.478	0.000	توجد فروق دالة
	متوسط	435	523.95			
	مرتفع	451	465.60			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأب في عينة البحث، ولمعرفة أي مجموعات المستوى التعليمي للأب تختلف عن الأخرى في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) تم إجراء اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق الثنائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأب في عينة البحث كما يلي:

- **نتائج اختبار (Mann-Whitney U):**

جدول رقم (50) يبين نتائج اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق الثنائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأب في عينة البحث.

المتغير المدروس	المستوى التعليمي للأب (أ)	المستوى التعليمي للأب (ب)	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	منخفض	تعليم إعدادي أو ثانوي	24921.0	0.092	لا توجد فروق دالة
		تعليم جامعي أو أكثر	22175.5	0.000	**توجد فروق دالة**
	متوسط	تعليم جامعي أو أكثر	85452.0	0.001	**توجد فروق دالة**
مشعر dmfs	منخفض	تعليم إعدادي أو ثانوي	24871.0	0.087	لا توجد فروق دالة
		تعليم جامعي أو أكثر	21660.5	0.000	**توجد فروق دالة**
	متوسط	تعليم جامعي أو أكثر	84007.5	0.000	**توجد فروق دالة**
مشعر شدة النخر CSI	منخفض	تعليم إعدادي أو ثانوي	23604.5	0.012	**توجد فروق دالة**
		تعليم جامعي أو أكثر	21356.5	0.000	**توجد فروق دالة**
	متوسط	تعليم جامعي أو أكثر	86703.0	0.003	**توجد فروق دالة**

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) عند المقارنة بين مجموعة الأطفال ذوي الأب الحاصل على تعليم مرتفع وكل من مجموعة الأطفال ذوي الأب الحاصل على تعليم منخفض ومجموعة الأطفال ذوي الأب الحاصل على تعليم متوسط على حدة مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة

(95%) توجد فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعر (dmft) ومشعر (dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأب المذكورة في عينة البحث، وبدراسة متوسطات الرتب نستنتج أن قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) و(CSI) في مجموعة الأطفال ذوي الأب الحاصل على تعليم مرتفع كانت أصغر منها في كل من مجموعة الأطفال ذوي الأب الحاصل على تعليم منخفض ومجموعة الأطفال ذوي الأب الحاصل على تعليم متوسط على حدة في عينة البحث.

أما عند المقارنة بين مجموعة الأطفال ذوي الأب الحاصل على تعليم منخفض ومجموعة الأطفال ذوي الأب الحاصل على تعليم متوسط فيُلاحظ أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة (0.05)، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) لا توجد فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) و(CSI) بين مجموعة الأطفال ذوي الأب الحاصل على تعليم منخفض ومجموعة الأطفال ذوي الأب الحاصل على تعليم إعدادي أو ثانوي متوسط على حدة في عينة البحث.

- **المستوى التعليمي للأم:**

3-1-2- 8-7- نتائج قياس قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً للمستوى التعليمي للأم:

جدول رقم (51) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً للمستوى التعليمي للأم.

المتغير المدروس	المستوى التعليمي للأم	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مشعر dmft	منخفض	88	8.61	5.48	0.58	0	19
	متوسط	491	8.20	4.72	0.21	0	20
	مرتفع	430	6.82	4.96	0.24	0	20
مشعر dmfs	منخفض	88	11.58	9.29	0.99	0	38
	متوسط	491	10.84	7.87	0.36	0	41
	مرتفع	430	8.21	6.62	0.32	0	34
مشعر شدة النخر CSI	منخفض	88	1.54	1.08	0.11	0	4.89
	متوسط	491	1.55	0.96	0.04	0	6
	مرتفع	430	1.23	0.83	0.04	0	4.77

* **المستوى التعليمي للأم:** منخفض ويشمل (الأُمية والتعليم الإبتدائي) ، متوسط ويشمل (التعليم الإعدادي والثانوي) ومرتفع ويشمل (التعليم الجامعي وما فوق الجامعي).

➢ دراسة تأثير المستوى التعليمي للأم على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر CSI في عينة البحث:

لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأم في عينة البحث تم إجـراء اختبـار (Kruskal-Wallis) كما يلي:

- **نتائج اختبار (Kruskal-Wallis):**

جدول رقم (52) يبين اختبار (Kruskal-Wallis)، لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعر(dmft) ومشعر(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأم في عينة البحث.

المتغير المدروس	المستوى التعليمي للأم	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة كاي مربع	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	منخفض	88	559.53	21.213	0.000	توجد فروق دالة
	متوسط	491	537.59			
	مرتفع	430	456.63			
مشعر dmfs	منخفض	88	552.12	26.605	0.000	توجد فروق دالة
	متوسط	491	544.48			
	مرتفع	430	450.28			
مشعر شدة النخر CSI	منخفض	88	533.76	34.155	0.000	توجد فروق دالة
	متوسط	491	553.76			
	مرتفع	430	443.44			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) مهمـا كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشـعرات (dmft) و(dmfs) ومشـعر شـدة النخـر (CSI) بـين مجموعات المستوى التعليمي للأم في عينة البحث، ولمعرفة أي مجموعـات المسـتوى التعليمي للأم تختلف عن الأخرى في متوسط كـل مـن مشـعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) تم إجراء اختبـار (Mann-Whitney U) لدراسـة دلالـة الفروق الثنائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشـعر شـدة النخـر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأم في عينة البحث كما يلي:

- **نتائج اختبار (Mann-Whitney U):**

جدول رقم (53) يبين نتائج اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق الثنائية في متوسط كـل مـن مشـعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأم في عينة البحث.

المتغير المدروس	المستوى التعليمي للأم (أ)	المستوى التعليمي للأم (ب)	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	منخفض	تعليم إعدادي أو ثانوي	20450.0	0.423	لا توجد فروق دالة
		تعليم جامعي أو أكثر	15275.0	0.004	**توجد فروق دالة**
	متوسط	تعليم جامعي أو أكثر	88409.5	0.000	**توجد فروق دالة**
مشعر dmfs	منخفض	تعليم إعدادي أو ثانوي	21126.0	0.740	لا توجد فروق دالة
		تعليم جامعي أو أكثر	15251.5	0.004	**توجد فروق دالة**
	متوسط	تعليم جامعي أو أكثر	85703.5	0.000	**توجد فروق دالة**
مشعر شدة النخر CSI	منخفض	تعليم إعدادي أو ثانوي	20862.0	0.607	لا توجد فروق دالة
		تعليم جامعي أو أكثر	15647.0	0.0098	**توجد فروق دالة**
	متوسط	تعليم جامعي أو أكثر	82366.5	0.000	**توجد فروق دالة**

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة 0.05 عند المقارنة بين مجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على شهادة جامعية وكل من مجموعة الأطفـال أب حاصلة على تعليم ابتدائي ومجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على تعليم إعـدادي أو ثانوي على حدة مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقـة (95%) توجـد فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر

شدة النخر (CSI) بين مجموعات المستوى التعليمي للأم المذكورة في عينة البحث، وبدراسة متوسطات الرتب نستنتج أن قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في مجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على مستوى تعليمي مرتفع كانت أصغر منها في كل من مجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على مستوى تعليمي منخفض ومجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على تعليم مستوى تعليمي متوسط على حدة في عينة البحث.أما عند المقارنة بين مجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على مستوى تعليمي منخفض ومجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على مستوى تعليمي متوسط فيُلاحظ أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة (0.05)، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) لا توجد فروق ثنائية ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعران (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على مستوى تعليمي منخفض ومجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على مستوى تعليمي متوسط على حدة في عينة البحث.

♦ الصحة العامة :

- **تأثير الإصابة بالأمراض العامة:**

3-1-2- 8-8- نتائج قياس قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً للإصابة بالأمراض العامة:

جدول رقم (54) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من مشعرات (dmft) و (dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً للإصابة بالأمراض العامة.

المتغير المدروس	الإصابة بالأمراض العامة	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مشعر dmft	غير مصاب بأمراض عامة	883	7.59	4.91	0.17	0	20
	مصاب بمرض عام أو أكثر	131	8.08	5.19	0.45	0	19
مشعر dmfs	غير مصاب بأمراض عامة	883	9.73	7.63	0.26	0	41
	مصاب بمرض عام أو أكثر	131	10.27	7.62	0.67	0	35
مشعر شدة النخر CSI	غير مصاب بأمراض عامة	883	1.41	0.94	0.03	0	6
	مصاب بمرض عام أو أكثر	131	1.46	0.92	0.08	0	4.25

➢ دراسة تأثير الإصابة بالأمراض العامة على قيم كل مـــن مشـــعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث:

لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الأطفال غير المصابين بالأمراض العامة ومجموعة الأطفال المصابين بالأمراض العامة في عينة البحث تم إجراء اختبار (Mann-Whitney U) كما يلي:

- **نتائج اختبار (Mann-Whitney U):**

جدول رقم (55) يبين نتائج اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الأطفال غير المصابين بالأمراض العامة ومجموعة الأطفال المصابين بالأمراض العامة في عينة البحث.

المتغير المدروس	الإصابة بالأمراض العامة	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	غير مصاب بأمراض عامة	883	504.18	54902.0	0.347	لا توجد فروق دالة
	مصاب بمرض عام أو أكثر	131	529.90			
مشعر dmfs	غير مصاب بأمراض عامة	883	504.03	54774.0	0.326	لا توجد فروق دالة
	مصاب بمرض عام أو أكثر	131	530.88			
مشعر شدة النخر CSI	غير مصاب بأمراض عامة	883	504.99	55618.5	0.476	لا توجد فروق دالة
	مصاب بمرض عام أو أكثر	131	524.43			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة (0.05) مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الأطفال غير المصابين بالأمراض العامة ومجموعة الأطفال المصابين بالأمراض العامة ولا تأثير للإصابة بالأمراض العامة على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث.

♦ الصحة الفموية والتوعية الصحية:

- **تأثير التوعية الصحية الفموية للأطفال ضمن الرياض:**

3-1-2- 8-9- نتائج قياس قيم كل من مشـعرات (dmft) و(dmfs) ومشـعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لتلقي الطفـل لتوعيـة صحية في الروضة:

جدول رقم (56) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لتلقي الطفل لتوعية صحية في الروضة.

المتغير المدروس	تلقي الطفل لتوعية صحية في الروضة	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مشعر dmft	لم يتلقَّ أية توعية صحية في الروضة	401	7.91	5.01	0.25	0	20
	تلقّى توعية صحية في الروضة	572	7.45	4.90	0.20	0	20
مشعر dmfs	لم يتلقَّ أية توعية صحية في الروضة	401	9.89	7.26	0.36	0	38
	تلقّى توعية صحية في الروضة	572	9.67	7.76	0.32	0	41
مشعر شدة النخر CSI	لم يتلقَّ أية توعية صحية في الروضة	401	1.45	0.93	0.05	0	4.89
	تلقّى توعية صحية في الروضة	572	1.39	0.93	0.04	0	6

➢ دراسة تأثير تلقي الطفل توعية صحية فموية في روضته على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث:

لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الأطفال الذين لم يتلقّوا أية توعية صحية فموية في الروضة ومجموعة الأطفال الذين تلقّوا توعية صحية فموية في الروضة في عينة البحث تم إجراء اختبار (Mann-Whitney U) كما يلي:

- **نتائج اختبار (Mann-Whitney U):**

جدول رقم (57) يبين نتائج اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الأطفال الذين لم يتلقّوا أية توعية صحية فموية في الروضة ومجموعة الأطفال الذين تلقّوا توعية صحية فموية في الروضة في عينة البحث.

المتغير المدروس	تلقي الطفل لتوعية صحية في الروضة	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	لم يتلقَّ أية توعية صحية في الروضة	401	504.29	107753.0	0.107	لا توجد فروق دالة
	تلقّى توعية صحية في الروضة	572	474.88			
مشعر dmfs	لم يتلقَّ أية توعية صحية في الروضة	401	498.96	109892.0	0.265	لا توجد فروق دالة
	تلقّى توعية صحية في الروضة	572	478.62			
مشعر شدة النخر CSI	لم يتلقَّ أية توعية صحية في الروضة	401	501.59	108835.0	0.173	لا توجد فروق دالة
	تلقّى توعية صحية في الروضة	572	476.77			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة (0.05) مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعة الأطفال الذين لم يتلقّوا أية توعية صحية فموية في الروضة ومجموعة الأطفال الذين تلقّوا توعية صحية فموية في الروضة ، ولا تأثير لتلقي الطفل توعية صحية فموية في روضته على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث.

• **<u>تأثير استعمال فرشاة الأسنان(من خلال عدد مرات تفريش الأسنان يومياً):</u>**

3-1-2- 8-10- نتائج قياس قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لعدد مرات التفريش يومياً:

جدول رقم (58) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لكل من مشعرات (dmft) و (dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث وفقاً لعدد مرات التفريش يومياً.

المتغير المدروس	عدد مرات التفريش يومياً	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مشعر dmft	ولا مرة أو بصورة غير منتظمة	320	7.88	5.12	0.29	0	20
	مرة واحدة يومياً	572	7.50	4.80	0.20	0	20
	مرتان اثنتان أو أكثر يومياً	125	7.75	5.15	0.46	0	20
مشعر dmfs	ولا مرة أو بصورة غير منتظمة	320	10.09	7.82	0.44	0	38
	مرة واحدة يومياً	572	9.52	7.27	0.30	0	41
	مرتان اثنتان أو أكثر يومياً	125	10.40	8.59	0.77	0	38
مشعر شدة النخر CSI	ولا مرة أو بصورة غير منتظمة	320	1.50	0.96	0.05	0	5
	مرة واحدة يومياً	572	1.39	0.93	0.04	0	6
	مرتان اثنتان أو أكثر يومياً	125	1.33	0.88	0.08	0	4.46

➢ دراسة تأثير عدد مرات التفريش يومياً على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث:

لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات عدد مرات التفريش يومياً في عينة البحث تم إجراء اختبار (Kruskal-Wallis) كما يلي:

- **نتائج اختبار (Kruskal-Wallis):**

جدول رقم (59) يبين نتائج اختبار (Kruskal-Wallis) لدراسة دلالة الفروق في متوسط كل من مشعر (dmft) ومشعر(dmfs)، ومشعر شدة النخر CSI بين مجموعات عدد مرات التفريش يومياً في عينة البحث.

المتغير المدروس	عدد مرات التفريش يومياً	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة كاي مربع	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مشعر dmft	ولا مرة أو بصورة غير منتظمة	320	521.04	1.105	0.576	لا توجد فروق دالة
	مرة واحدة يومياً	572	500.56			
	مرتان اثنتان أو أكثر يومياً	125	516.78			
مشعر dmfs	ولا مرة أو بصورة غير منتظمة	320	518.94	0.996	0.608	لا توجد فروق دالة
	مرة واحدة يومياً	572	500.92			
	مرتان اثنتان أو أكثر يومياً	125	520.52			
مشعر شدة النخر CSI	ولا مرة أو بصورة غير منتظمة	320	535.73	4.398	0.111	لا توجد فروق دالة
	مرة واحدة يومياً	572	500.35			
	مرتان اثنتان أو أكثر يومياً	125	480.15			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة (0.05) مهما كان المتغير المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) بين مجموعات عدد مرات تفريش الأسنان يومياً ولا تأثير لعدد مرات تفريش الأسنان يومياً على قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في عينة البحث.

3-2- ثانياً: دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية.

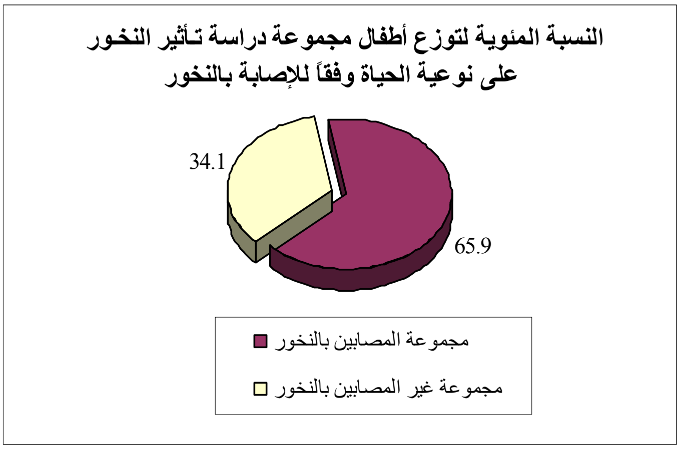
3-2-1- وصف العينة Sample Description

لدراسة تأثير نخور الطفولة المبكرة على نوعية حياة الأطفال جرى اختيار عينة فرعية مُلائمة من عينة الدراسة الرئيسة تألفت من 126 طفلاً ليشكلوا (مجموعة دراسة تأثير نخور الطفولة المبكرة على نوعية حياة الأطفال) وقد كان توزع العينة في المجموعة وفقاً للإصابة النخرية وجنس الطفل ونوع الروضة وعمر الطفل كما يلي:

3-2-1-1- توزع مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية وفقاً للإصابة النخرية:

جدول رقم (60) يبين توزع مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية وفقاً للإصابة بالنخور.

الإصابة بالنخور	عدد الأطفال	النسبة المئوية (%)
مجموعة المصابين بالنخور	83	65.9
مجموعة غير المصابين بالنخور	43	34.1
المجموع	126	100



مخطط رقم (9) يمثل النسبة المئوية لتوزع مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية وفقاً للإصابة بالنخور.

3-2- 1 – 2 – توزع مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية وفقاً للإصابة النخرية وجنس الطفل:

جدول رقم (61) يبين توزع مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية وفقاً للإصابة بالنخور وجنس الطفل.

جنس الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	مجموعة المصابين بالنخور	مجموعة غير المصابين بالنخور	مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة كاملةً	مجموعة المصابين بالنخور	مجموعة غير المصابين بالنخور	مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة كاملةً
ذكر	43	19	62	51.8	44.2	49.2
أنثى	40	24	64	48.2	55.8	50.8
المجموع	83	43	126	100	100	100

3-2- 1 – 3 – توزع مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية وفقاً للإصابة النخرية ونوع الروضة:

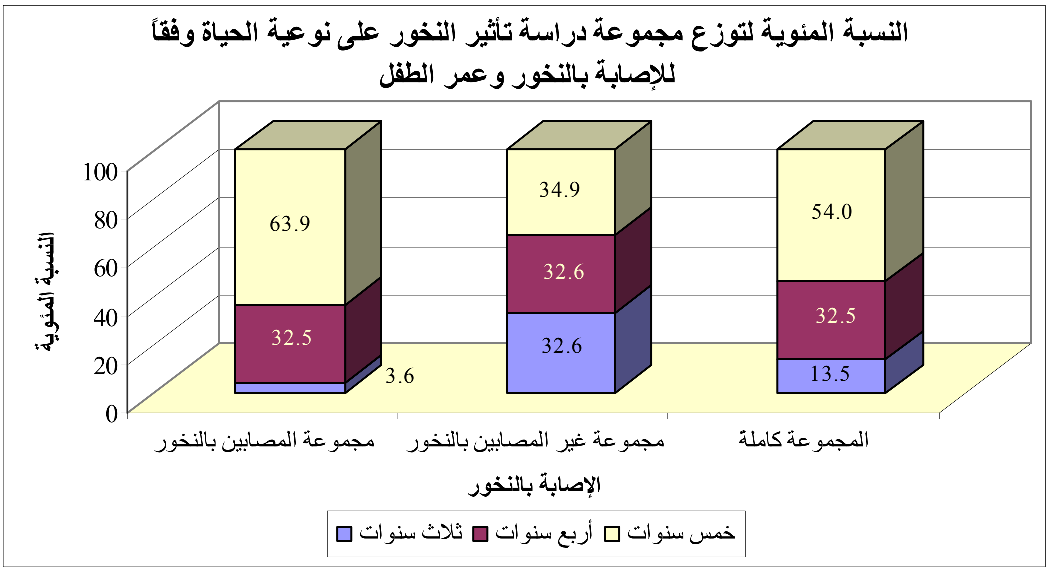
جدول رقم (62) يبين توزع مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية وفقاً للإصابة بالنخور ونوع الروضة.

نوع الروضة	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	مجموعة المصابين بالنخور	مجموعة غير المصابين بالنخور	مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة كاملةً	مجموعة المصابين بالنخور	مجموعة غير المصابين بالنخور	مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة كاملةً
رسمي	39	19	58	47.0	44.2	46.0
خاص	44	24	68	53.0	55.8	54.0
المجموع	83	43	126	100	100	100

3-2-1- 4- توزع مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية وفقاً للإصابة النخرية وعمر الطفل:

جدول رقم (63) يبين توزع مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية وفقاً للإصابة النخرية وعمر الطفل.

عمر الطفل	عدد الأطفال			النسبة المئوية (%)		
	مجموعة المصابين بالنخور	مجموعة غير المصابين بالنخور	مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة كاملةً	مجموعة المصابين بالنخور	مجموعة غير المصابين بالنخور	مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة كاملةً
ثلاث سنوات 3yrs	3	14	17	3.6	32.6	13.5
أربع سنوات 4yrs	27	14	41	32.5	32.6	32.5
خمس سنوات 5yrs	53	15	68	63.9	34.9	54.0
المجموع Total	83	43	126	100	100	100



مخطط رقم (10) يمثل النسبة المئوية لتوزع مجموعة دراسة نخور الطفولة المبكرة على نوعية حياة الأطفال وعوائلهم وفقاً للإصابة النخرية وعمر الطفل.

3-2-1-5- التوزع الوصفي (Descriptive distribution) للمحاور المختلفة لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسـخة العربيـة السورية في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسـة السيكومترية) للمقياس:

جدول رقم (64) يبين التوزع الوصفي للمحاور المختلفة لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس.

المحور المدروس DOMAINS	عدد البنود Items	المدى الممكن Possible range	المدى المحسوب Range	عدد القيم الصفرية	نسبة الإجابات الصفرية Floor effect (% score 0)	المتوسط الحسابي Mean	الانحراف المعياري SD*
محور الأعراض التي يعاني منها الطفل	1	0-4	0-4	44	34.9	1.30	1.10
محور الأداء الوظيفي للطفل	4	0-16	0-11	55	43.7	2.02	2.45
المحور النفسي للطفل	2	0-8	0-6	77	61.1	0.90	1.39
محور الصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي	2	0-8	0-8	110	87.3	0.29	0.97
التأثيرات الواقعة على الطفل عموماً	9	0-36	0-27	36	28.6	4.51	4.86
محور الضغوط التي يتعرض لها الوالدان	2	0-8	0-8	63	50.0	1.61	2.09
محور الوظيفة التي يقوم بها الوالدان	2	0-8	0-8	77	61.1	1.00	1.56
التأثيرات الواقعة على العائلة عموماً	4	0-16	0-16	51	40.5	2.61	3.28
المقياس ككل	13	0-52	0-43	33	26.2	7.12	7.62

3-2- 2 – الدراسة الإحصائية التحليلية:Analytic Statistical Study

جرى تطبيق الاستبيان المخصص لقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية المُؤلفة من ثلاثة عشر بنداً بالإضافة إلى بندين شاملين إضافيين اثنين (يتعلق أولهما برأي الأهل حول مدى تأثر عافية الطفل وصحته العامة بصحته الفموية بينما تعلق البند الثاني بتقييم الأهل لحالة الفم والأسنان لطفلهم) مرتين اثنتين تفصل بينهما فترة ثلاثة أسابيع تقريباً لأهل كل طفل في مجموعة نوعية الحياة من عينة البحث وطُلب من الوالدين تسجيل عدد مرات حدوث الظاهرة خلال كامل حياة الطفل وتم ترتيب تصنيف درجات الإجابات لكل بند حسب مقياس ليكرت ذي النقاط الخمسة 5-point Likert scale كالآتي: لا أبداً = 0، نادراً = 1، أحياناً = 2، كثيراً = 3 ، كثيراً جداً = 4، لا أعرف = 5.

وقد تم إعطاء كل درجة من درجات الإجابات عن البنود المختلفة قيماً متزايدة تصاعدياً وفقاً لشدة المؤثر الفموي كما في الجدول التالي:

جدول رقم (65) يبين يبين الدرجات المعتمدة للإجابات عن الاستبيان المطبّق في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس وقيم ليكرت الموافقة المعطاة لكل درجة.

الإجابة عن البنود من 1 حتى 14	قيمة ليكرت الموافقة المعطاة	الإجابة عن البند 15 (درجة تقييم الأهل للصحة الفموية للطفل)	قيمة ليكرت الموافقة المعطاة
لا أبداً	0	سيئة جداً	5
نادراً	1	سيئة	4
أحياناً	2	مقبولة	3
كثيراً	3	جيدة	2
كثيراً جداً	4	جيدة جداً	1
لا أعرف	5		

جرى التأكد من صدق وثبات مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية المطبّقة في مجموعة دراسة تأثير نخور الطفولة المبكرة على نوعية الحياة من عينة البحث من دراسة صدق المفهوم والصدق المرتبط بالمفهوم والصدق التقاربي والصدق التمييزي والثبات بطريقة الاتساق الداخلي وبطريقة الاختبار وإعادة الاختبار وجرت دراسة العلاقة بين المتغيرات المتعلقة بالخصائص السنية المذكورة ودرجة نوعية الحياة في مجموعة دراسة تأثير نخور الطفولة المبكرة في نوعية الحياة وكانت نتائج التحليل كما يلي:

- **<u>توزع إجابات المقياس:</u>**

3-2-2-1- توزع إجابات مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس:

جدول رقم (66) يبين توزع إجابات مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس.

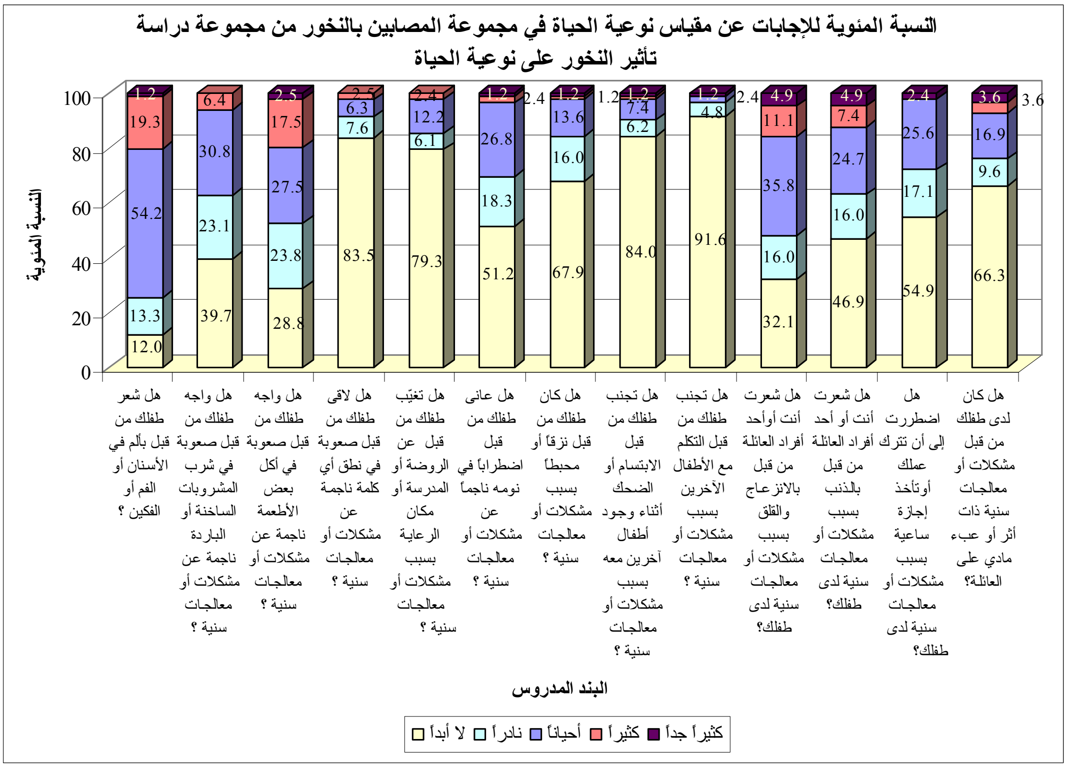
المجموعة المدروسة	رقم البند	التأثيرات Impacts	عدد الإجابات			النسبة المئوية(%)		
			لا أبداً أو نادراً	أحياناً أو كثيراً أو كثيراً جداً	لا أعرف	لا أبداً أو نادراً	أحياناً أو كثيراً أو كثيراً جداً	لا أعرف
المجموعة كاملة	البند 1	هل شعر طفلك من قبل بألم في الأسنان أو الفم أو الفكين؟	18	107	1	14.3	84.9	0.8
	البند 2	هل واجه طفلك من قبل صعوبة في شرب المشروبات الساخنة أو الباردة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية؟	20	98	8	15.9	77.8	6.3
	البند 3	هل واجه طفلك من قبل صعوبة في أكل بعض الأطعمة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية؟	20	103	2	16.0	82.4	1.6
	البند 4	هل لاقى طفلك من قبل صعوبة في نطق أي كلمة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية؟	6	116	3	4.8	92.8	2.4
	البند 5	هل تغيّب طفلك من قبل عن الروضة أو المدرسة أو مكان الرعاية (كبيت أحد الأقارب أو الجيران) بسبب مشكلات أو معالجات سنية؟	5	120	1	4.0	95.2	0.8
	البند 6	هل عانى طفلك من قبل اضطراباً في نومه ناجماً عن مشكلات أو معالجات سنية ؟	15	110	0	12.0	88.0	0.0
	البند 7	هل كان طفلك من قبل نزقاً أو محبطاً بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	14	110	2	11.1	87.3	1.6
	البند 8	هل تجنب طفلك من قبل الابتسام أو الضحك أثناء وجود أطفال آخرين معه بسبب مشكلات أو معالجات سنية؟	5	119	2	4.0	94.4	1.6
	البند 9	هل تجنب طفلك من قبل التكلم مع الأطفال الآخرين بسبب مشكلات أو معالجات سنية؟	4	121	1	3.2	96.0	0.8
	البند 10	هل شعرت أنت أوأحد أفراد العائلة من قبل بالانزعاج والقلق بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	14	109	3	11.1	86.5	2.4
	البند 11	هل شعرت أنت أو أحد أفراد العائلة من قبل بالذنب بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	14	110	2	11.1	87.3	1.6
	البند 12	هل اضطررت أنت أو أحد أفراد العائلة من قبل إلى أن تترك عملك في البيت ، أوتأخذ إجازة ساعية من عملك بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	15	109	2	11.9	86.5	1.6
	البند 13	هل كان لدى طفلك من قبل مشكلات أو معالجات سنية ذات أثر أو عبء مادي على العائلة؟	8	117	1	6.3	92.9	0.8

3-2-2-2- نتائج الإجابات عن كل من بنود مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية – السورية في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس وفقاً للإصابة بالنخور:

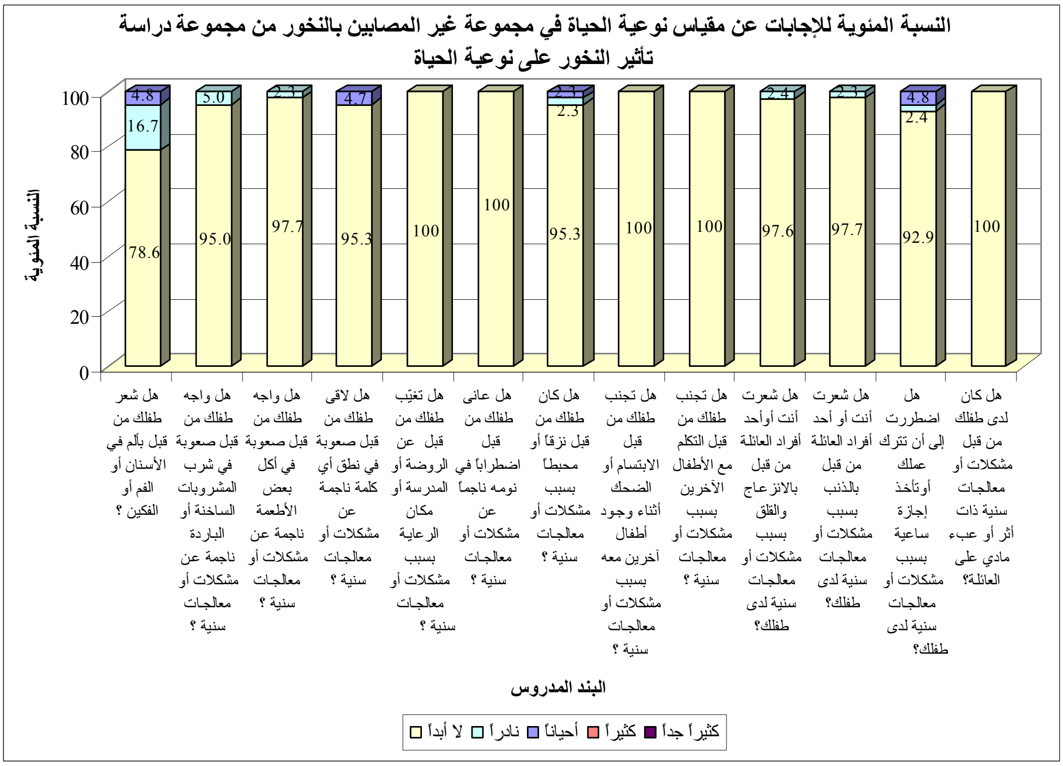
جدول رقم (67) يبين نتائج الإجابة عن كل من بنود مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس وفقاً للإصابة بالنخور.

المجموعة المدروسة	رقم البند	التأثيرات Impacts	عدد الإجابات					النسبة المئوية Percentage (%)				
			لا أبداً	نادراً	أحياناً	كثيراً	كثيراً جداً	لا أبداً	نادراً	أحياناً	كثيراً	كثيراً جداً
مجموعة المصابين بالنخور	البند1	هل شعر طفلك من قبل بألم في الأسنان أو الفم أو الفكين ؟	10	11	45	16	1	12.0	13.3	54.2	19.3	1.2
	البند2	هل واجه طفلك من قبل صعوبة في شرب المشروبات الساخنة أو الباردة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية ؟	31	18	24	5	0	39.7	23.1	30.8	6.4	0
	البند3	هل واجه طفلك من قبل صعوبة في أكل بعض الأطعمة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية؟	23	19	22	14	2	28.8	23.8	27.5	17.5	2.5
	البند4	هل لاقى طفلك من قبل صعوبة في نطق أي كلمة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية ؟	66	6	5	2	0	83.5	7.6	6.3	2.5	0
	البند5	هل تغيّب طفلك من قبل عن الروضة أو المدرسة أو مكان الرعاية (كبيت أحد الأقارب أو الجيران) بسبب مشكلات أو معالجات سنية؟	65	5	10	2	0	79.3	6.1	12.2	2.4	0
	البند6	هل عانى طفلك من قبل اضطراباً في نومه ناجماً عن مشكلات أو معالجات سنية ؟	42	15	22	2	1	51.2	18.3	26.8	2.4	1.2
	البند7	هل كان طفلك من قبل نزقاً أو محبطاً بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	55	13	11	1	1	67.9	16.0	13.6	1.2	1.2
	البند8	هل تجنب طفلك من قبل الابتسام أو الضحك أثناء وجود أطفال آخرين معه بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	68	5	6	1	1	84.0	6.2	7.4	1.2	1.2
	البند9	هل تجنب طفلك من قبل التكلم مع الأطفال الآخرين بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	76	4	2	0	1	91.6	4.8	2.4	0	1.2
	البند10	هل شعرت أنت أوأحد أفراد العائلة من قبل بالانزعاج والقلق بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	26	13	29	9	4	32.1	16.0	35.8	11.1	4.9
	البند11	هل شعرت أنت أو أحد أفراد العائلة من قبل بالذنب بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	38	13	20	6	4	46.9	16.0	24.7	7.4	4.9
	البند12	هل اضطررت أنت أو أحد أفراد العائلة من قبل إلى أن تترك عملك في البيت، أوتأخذ إجازة ساعية من عملك بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	45	14	21	0	2	54.9	17.1	25.6	0	2.4
	البند13	هل كان لدى طفلك من قبل مشكلات أو معالجات سنية ذات أثر أو عبء مادي على العائلة؟	55	8	14	3	3	66.3	9.6	16.9	3.6	3.6

المجموعة المدروسة	رقم البند	التأثيرات Impacts	عدد الإجابات					النسبة المئوية Percentage (%)				
			لا أبداً	نادراً	أحياناً	كثيراً	كثيراً جداً	لا أبداً	نادراً	أحياناً	كثيراً	كثيراً جداً
مجموعة غير المصابين بالنخور	البند1	هل شعر طفلك من قبل بألم في الأسنان أو الفم أو الفكين ؟	33	7	2	0	0	78.6	16.7	4.8	0	0
	البند2	هل واجه طفلك من قبل صعوبة في شرب المشروبات الساخنة أو الباردة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية ؟	38	2	0	0	0	95.0	5.0	0	0	0
	البند3	هل واجه طفلك من قبل صعوبة في أكل بعض الأطعمة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية؟	42	1	0	0	0	97.7	2.3	0	0	0
	البند4	هل لاقى طفلك من قبل صعوبة في نطق أي كلمة ناجمة عن مشكلات أو معالجات سنية ؟	41	0	2	0	0	95.3	0	4.7	0	0
	البند5	هل تغيّب طفلك من قبل عن الروضة أو المدرسة أو مكان الرعاية (كبيت أحد الأقارب أو الجيران) بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	43	0	0	0	0	100	0	0	0	0
	البند6	هل عانى طفلك من قبل اضطراباً في نومه ناجماً عن مشكلات أو معالجات سنية ؟	43	0	0	0	0	100	0	0	0	0
	البند7	هل كان طفلك من قبل نزقاً أو محبطاً بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	41	1	1	0	0	95.3	2.3	2.3	0	0
	البند8	هل تجنب طفلك من قبل الابتسام أو الضحك أثناء وجود أطفال آخرين معه بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	43	0	0	0	0	100	0	0	0	0
	البند9	هل تجنب طفلك من قبل التكلم مع الأطفال الآخرين بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	42	0	0	0	0	100	0	0	0	0
	البند10	هل شعرت أنت أوأحد أفراد العائلة من قبل بالانزعاج والقلق بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	41	1	0	0	0	97.6	2.4	0	0	0
	البند11	هل شعرت أنت أو أحد أفراد العائلة من قبل بالذنب بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	42	1	0	0	0	97.7	2.3	0	0	0
	البند12	هل اضطررت أنت أو أحد أفراد العائلة من قبل إلى أن تترك عملك في البيت ، أوتأخذ إجازة ساعية من عملك بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	39	1	2	0	0	92.9	2.4	4.8	0	0
	البند13	هل كان لدى طفلك من قبل مشكلات أو معالجات سنية ذات أثر أو عبء مادي على العائلة؟	42	0	0	0	0	100	0	0	0	0



مخطط رقم (11) يمثل النسبة المئوية لنتائج تطبيق مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية في مجموعة المصابين بنخور الطفولة المبكرة من مجموعة دراسة تأثير النخور في نوعية الحياة.



مخطط رقم (12) يمثل النسبة المئوية لنتائج تطبيق مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية في مجموعة غير المصابين بالنخور من مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة.

3-2-2-3-دراسة تأثير الإصابة بنخور الطفولة المبكرة على تكـرارات درجـة الإجابات عن بنود مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولـة المبكـرة النسخة العربية السورية وفقاً للإصابة بالنخور:

جرى القيام باختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة الإجابات عن بنود مقياس نوعية الحياة بين مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولـة المبكـرة ومجموعـة الأطفال غير المصابين في مجموعة دراسة تأثير نخورالطفولة المبكرة على نوعية الحياة كما يلي:

- **نتائج اختبار (Mann-Whitney U):**

جدول رقم (68) يبين نتائج اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة الإجابات عن بنود مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية بين مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة ومجموعة غير المصابين.

البند المدروس	الإصابة بالنخور	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
هل شعر طفلك من قبل بألم في الأسنان أو الفم أو الفكين ؟	مجموعة المصابين بالنخور	83	79.66	360.5	0.000	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	42	30.08			
هل واجه طفلك من قبل صعوبة في شرب المشروبات الساخنة أو الباردة ناجمة عن مشـكلات أو معالجات سنية ؟	مجموعة المصابين بالنخور	78	70.92	669.0	0.000	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	40	37.23			
هل واجه طفلك من قبل صعوبة في أكل بعض الأطعمة ناجمـة عن مشكلات أو معالجات سنية؟	مجموعة المصابين بالنخور	80	77.06	515.5	0.000	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	33.99			
هل لاقى طفلك من قبل صعوبة في نطق أي كلمة ناجمـة عـن مشكلات أو معالجات سنية ؟	مجموعة المصابين بالنخور	79	63.99	1502.0	0.065	لا توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	56.93			
هل تغيّب طفلك من قبل عـن الروضة أو المدرسة أو مكـان الرعاية (كبيت أحد الأقـارب أو الجيران) بسـبب مشـكلات أو معالجات سنية ؟	مجموعة المصابين بالنخور	82	67.46	1397.5	0.001	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	54.50			

البند المدروس	الإصابة بالنخور	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
هل عانى طفلك من قبل اضطراباً في نومه ناجماً عن مشكلات أو معالجات سنية ؟	مجموعة المصابين بالنخور	82	73.49	903.0	0.000	**توجد فروق دالة**
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	43.00			
هل كان طفلك من قبل نزقاً أو محبطاً بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	مجموعة المصابين بالنخور	81	68.41	1262.5	0.001	**توجد فروق دالة**
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	51.36			
هل تجنب طفلك من قبل الابتسام أو الضحك أثناء وجود أطفال آخرين معه بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	مجموعة المصابين بالنخور	81	65.95	1462.0	0.006	**توجد فروق دالة**
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	56.00			
هل تجنب طفلك من قبل التكلم مع الأطفال الآخرين بسبب مشكلات أو معالجات سنية ؟	مجموعة المصابين بالنخور	83	64.77	1596.0	0.054	لا توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	42	59.50			
هل شعرت أنت أوأحد أفراد العائلة من قبل بالانزعاج والقلق بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	مجموعة المصابين بالنخور	81	76.02	565.5	0.000	**توجد فروق دالة**
	مجموعة غير المصابين بالنخور	42	34.96			
هل شعرت أنت أو أحد أفراد العائلة من قبل بالذنب بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	مجموعة المصابين بالنخور	81	73.60	842.5	0.000	**توجد فروق دالة**
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	41.59			
هل اضطررت أنت أو أحد أفراد العائلة من قبل إلى أن تترك عملك في البيت، أوتأخذ إجازة ساعية من عملك بسبب مشكلات أو معالجات سنية لدى طفلك؟	مجموعة المصابين بالنخور	82	70.47	1068.5	0.000	**توجد فروق دالة**
	مجموعة غير المصابين بالنخور	42	46.94			
هل كان لدى طفلك من قبل مشكلات أو معالجات سنية ذات أثر أو عبء مادي على العائلة؟	مجموعة المصابين بالنخور	83	70.08	1155.0	0.000	**توجد فروق دالة**
	مجموعة غير المصابين بالنخور	42	49.00			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أكبر من القيمة (0.05) بالنسبة لكل من البند الرابع المتعلق بصعوبات النطق والبند التاسع المتعلق بتجنب الطفل التكلم مع الآخرين بسبب مشاكل سنية، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة الإجابات عن كل من البندين المذكورين بين مجموعة الأطفال المصابين بالنخور ومجموعة الأطفال غير المصابين بالنخور، في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة.

أما بالنسبة لباقي البنود المدروسة فيُلاحظ أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05)، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات درجة الإجابات عن كل من بنود مقياس نوعية الحياة المعنية بين مجموعة الأطفال المصابين بالنخور ومجموعة الأطفال غير المصابين بالنخور، وبدراسة قيم متوسطات الرتب نستنتج أن درجة الإجابات عن بنود مقياس

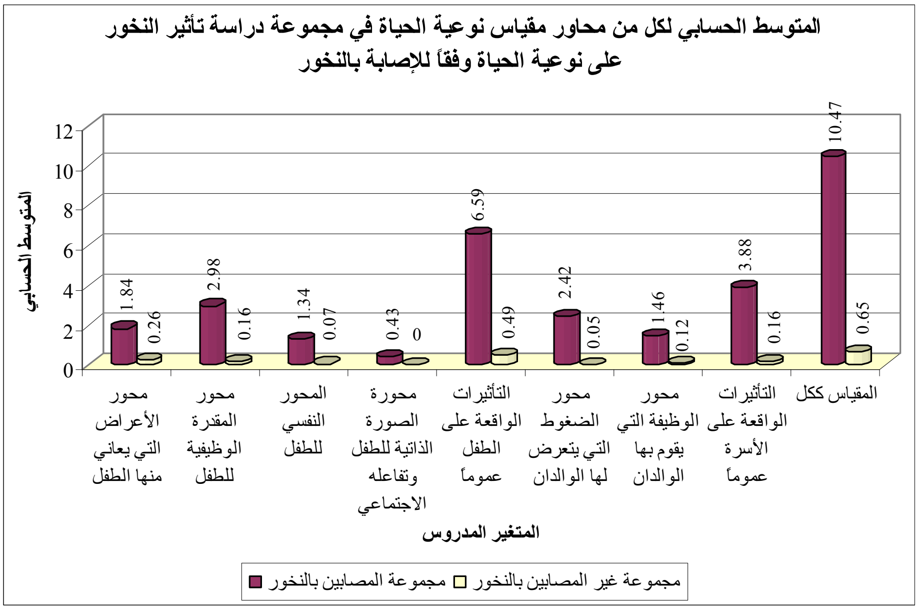
نوعية الحياة المعنية في مجموعة الأطفال المصابين بالنخور كانت أعلى منها في مجموعة الأطفال غير المصابين بالنخور في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة.

3-2 –2-4 - نتائج حساب قيم محاور مقياس نوعية الحياة وفقاً للإصابة بالنخور:

جدول رقم (69) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لمحاور مقياس نوعية الحياة في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس وفقاً للإصابة بالنخور.

المتغير المدروس	الإصابة بالنخور	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
محور الأعراض التي يعاني منها الطفل	مجموعة المصابين بالنخور	83	1.84	0.92	0.10	0	4
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	0.26	0.54	0.08	0	2
محور الأداء الوظيفي للطفل (الأنشطة)	مجموعة المصابين بالنخور	83	2.98	2.50	0.27	0	11
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	0.16	0.53	0.08	0	2
المحور النفسي للطفل	مجموعة المصابين بالنخور	83	1.34	1.52	0.17	0	6
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	0.07	0.34	0.05	0	2
محور الصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي	مجموعة المصابين بالنخور	83	0.43	1.17	0.13	0	8
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	0	0	0	0	0
التأثيرات الواقعة على الطفل عموماً	مجموعة المصابين بالنخور	83	6.59	4.76	0.52	0	27
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	0.49	0.88	0.13	0	3
محور الضغوط التي يتعرض لها الوالدان	مجموعة المصابين بالنخور	83	2.42	2.17	0.24	0	8
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	0.05	0.21	0.03	0	1

المتغير المدروس	الإصابة بالنخور	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
محور الوظيفة التي يقوم بها الوالدان	مجموعة المصابين بالنخور	83	1.46	1.73	0.19	0	8
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	0.12	0.45	0.07	0	2
التأثيرات الواقعة على العائلة عموماً	مجموعة المصابين بالنخور	83	3.88	3.39	0.37	0	16
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	0.16	0.48	0.07	0	2
المقياس ككل	مجموعة المصابين بالنخور	83	10.47	7.38	0.81	0	43
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	0.65	1.25	0.19	0	5



مخطط رقم (13) يمثل المتوسط الحسابي لمحاور مقياس نوعية الحياة في مجموعة دراسة تأثير النخور في نوعية الحياة وفقاً للإصابة بالنخور.

الصدق - Validity

3-2- 2- 5- نتائج دراسة التأكد من صدق المفهوم (Construct Validity) للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة.

- **ثانياً: دراسة العلاقة بين محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة وقيم كل من مشعر (dmft) ومشعر(dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس:**

جرى حساب قيم معاملات الارتباط بيرسون بين قيم كل من مشعر (dmft) ومشعر (dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) ومحاور مقياس نوعية الحياة كما يلي:

جدول رقم (70) يبين قيم معاملات الارتباط بين قيم كل من مشعرات (dmft) و(dmfs)، ومشعر شدة النخر (CSI) ومجموع نقاط المقياس.

المتغير الثاني	المتغير الأول = مجموع نقاط المقياس			وجود علاقة ارتباط	جهة العلاقة	شدة العلاقة
	قيمة معامل الارتباط بيرسون	عدد الأطفال	قيمة مستوى الدلالة			
مشعر dmft	0.538	126	0.000	**توجد علاقة ارتباط**	طردية	**متوسطة**
مشعر dmfs	0.576	126	0.000	**توجد علاقة ارتباط**	طردية	**متوسطة**
مشعر شدة النخر CSI	0.417	126	0.000	**توجد علاقة ارتباط**	طردية	**متوسطة**

نلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) مهما كان المتغير الثاني المدروس، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد علاقة ارتباط خطية بين قيم كل من مشعر (dmft) ومشعر (dmfs) ومشعر شدة النخر (CSI) ومحاور مقياس نوعية الحياة في مجموعة دراسة تأثير نخور الطفولة المبكرة على نوعية الحياة، وبما أن الإشارة الجبرية لمعاملات الارتباط المحسوبة موجبة نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت طردية، وبما أن القيم المطلقة لمعاملات الارتباط الموافقة كانت قريبة من القيمتين 0.5 و0.6 نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت متوسطة الشدة في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة.

جدول رقم (71) يبين نتائج حساب معاملات الارتباط بين المتغيرات المتعلقة بالنخور وكل من قسمي مقياس نوعية الحياة في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس لدراسة صدق المفهوم.

المتغير المدروس (dmft /dmfs)	قيم معاملات الارتباط سبيرمان (r)		
	التأثيرات الواقعة على الطفل عموماً CIS	التأثيرات الواقعة على العائلة عموماً FIS	المقياس ككل Total score
مشعر dmft	**0.674	0.590**	**0.671
عدد الأسنان المؤقتة المنخورة dt	0.572**	**0.515	0.577**
عدد الأسنان المؤقتة المفقودة mt	**0.496	0.453**	**0.481
عدد الأسنان المؤقتة المرممة ft	0.563**	**0.461	0.563**
مشعر dmfs	**0.723	0.635**	**0.723
عدد السطوح المنخورة ds	0.599**	**0.535	0.606**
عدد السطوح المفقودة ms	**0.494	0.453**	0.479**
عدد السطوح المرممة fs	**0.557	**0.436	0.551**

** : دالة عند مستوى الثقة 95%، **: دالة عند مستوى الثقة 99%*

3 – 2 – 2 – 6 – الصدق التقاربي المرتبط بالمفهوم :

Convergent (construct-related) validity

3–2–2–6–1– دراسة العلاقة بين التأثيرات الواقعة علـى الطفـل والتـأثيرات الواقعة على العائلة للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة:

جرى حساب قيم معاملات الارتباط سبيرمان بين قيم التأثيرات الواقعة على الطفل وقيم التأثيرات الواقعة على العائلة للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة كما يلي:

جدول رقم (72) يبين قيم معاملات الارتباط بين قيم التأثيرات الواقعة على الطفل وقيم التأثيرات الواقعة على العائلة للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة.

المتغير الثاني	جنس الطفل	المتغير الأول = التأثيرات الواقعة على الطفل			وجود علاقة ارتباط	جهة العلاقة	شدة العلاقة
		قيمة معامل الارتباط سبيرمان	عدد الأطفال	قيمة مستوى الدلالة			
التأثيرات الواقعة على العائلة	ذكر	0.760	62	0.000	**توجد علاقة ارتباط**	طردية	**قوية**
	أنثى	0.812	64	0.000	**توجد علاقة ارتباط**	طردية	**قوية**
	المجموع	0.794	126	0.000	**توجد علاقة ارتباط**	طردية	**قوية**

نلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) بالنسبة لجميع معاملات الارتباط المحسوبة، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين قيم التأثيرات الواقعة على الطفل وقيم التأثيرات الواقعة على العائلة في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة مهما كان جنس الطفل، وبما أن الإشارة الجبرية لمعاملات الارتباط المحسوبة موجبة نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت طردية، وبما أن القيم المطلقة لمعاملات الارتباط الموافقة كانت قريبة من القيمة (0.8) نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت قوية الشدة للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة.

3-2-2-7- الصدق التوافقي (المرتبط بالمحك):

Concurrent (criterion-related) validity

<u>السؤالين الشاملين Qlobal Subjective Self-rating Questions</u>

3-2-2-7-1- نتائج الإجابات عن السؤال الشامل الأول المتعلق بتـأثر عافيـة الطفل بالصحة الفموية للنسخة العربية السورية لمقيـاس تـأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة:

جدول رقم (73) يبين نتائج الإجابة عن السؤال الشامل الأول المتعلق بتأثر عافية الطفل بالصحة الفموية للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة وفقاً للإصابة بنخور الطفولة المبكرة.

السؤال الشامل الأول	الإصابة بنخور الطفولة المبكرة	عدد الإجابات					النسبة المئوية				
		لا أبداً	نادراً	أحياناً	كثيراً	كثيراً جداً	لا أبداً	نادراً	أحياناً	كثيراً	كثيراً جداً
إلى أي مدى أثرت الصحة الفموية لطفلك سلباً في عافيته وصحته العامة ؟	مجموعة المصابين بالنخور	34	16	20	10	3	41.0	19.3	24.1	12.0	3.6
	مجموعة غير المصابين بالنخور	37	2	0	2	1	88.1	4.8	0	4.8	2.4
	المجموعة كاملةً	71	18	20	12	4	56.8	14.4	16	9.6	3.2

3-2-2-7-2- دراسة العلاقة بين محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولـــة المبكرة النسخة العربية السورية والإجابات عن السؤال الشـــامل الأول المتعلق بتأثر عافية الطفل بالصحة الفموية فـــي مجموعـــة دراسة نوعية الحياة:

جرى حساب قيم معاملات الارتباط سبيرمان بين درجة الإجابة عن السؤال الشامل الأول المتعلق بتأثر عافية الطفل بالصحة الفموية وكل من محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة كما يلي:

جدول رقم (74) يبين قيم معاملات الارتباط بين درجة الإجابة عن السؤال الشامل الأول المتعلق بتأثر عافية الطفل بالصحة الفموية وكل من محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة.

المتغير الثاني	المتغير الأول = الإجابة عن تأثر عافية الطفل بالصحة الفموية			وجود علاقة ارتباط	جهة العلاقة	شدة العلاقة
	قيمة معامل الارتباط سبيرمان	عدد الأطفال	قيمة مستوى الدلالة			
محور الأعراض التي يعاني منها الطفل	0.507	125	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة
محور المقدرة الوظيفية للطفل	0.625	125	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة
المحور النفسي للطفل	0.403	125	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	ضعيفة
محور الصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي	0.302	125	0.001	توجد علاقة ارتباط	طردية	ضعيفة
التأثيرات الواقعة على الطفل عموماً	0.588	125	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة
محور الضغوط التي يتعرض لها الوالدان	0.472	125	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة
محور الوظيفة التي يقوم بها الوالدان	0.418	125	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	ضعيفة
التأثيرات الواقعة على العائلة عموماً	0.493	125	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة
المقياس ككل	0.574	125	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة

نلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمـــة (0.05) بالنسبة لجميع معاملات الارتباط المحسوبة، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد علاقة

ارتباط دالة إحصائياً بين تكرارات درجة الإجابة عن السؤال الشامل الأول المتعلق بتأثر عافية الطفل بالصحة الفموية وكل من محاور مقياس نوعية الحياة في مجموعة دراسة تأثير نخور الطفولة المبكرة على نوعية الحياة، وبما أن الإشارة الجبرية لمعاملات الارتباط المحسوبة موجبة نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت طردية، وبما أن القيم المطلقة لمعاملات الارتباط الموافقة لكل من المحور النفسي للطفل ومحور الصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي ومحور الوظيفة التي يقوم بها الوالدان كانت قريبة من القيمة (0.4) أو أقل نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت ضعيفة الشدة وبما أن القيم المطلقة لمعاملات الارتباط الباقية كانت قريبة من القيمتين (0.5) و(0.6) نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت متوسطة الشدة في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة.

3-2- 2-7-3- نتائج الإجابات عن السؤال الشامل الثاني المتعلق بتقويم الأهل للحالة الصحية للفم والأسنان لطفلهم (كيف تقوم الحالة الصحية للفم والأسنان عموماً لطفلك ؟) في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة:

جدول رقم (75) يبين نتائج الإجابة عن السؤال الشامل الثاني المتعلق بتقويم الأهل للحالة الصحية للفم والأسنان لطفلهم في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس وفقاً للإصابة بالنخور.

السؤال الشامل الثاني	الإصابة بالنخور	عدد الإجابات					النسبة المئوية				
		سيئة جداً	سيئة	مقبولة	جيدة	جيدة جداً	سيئة جداً	سيئة	مقبولة	جيدة	جيدة جداً
كيف تقوم الحالة الصحية للفم والأسنان عموماً لطفلك ؟	مجموعة المصابين بالنخور	5	20	38	14	6	6.0	24.1	45.8	16.9	7.2
	مجموعة غير المصابين بالنخور	0	0	5	23	15	0	0	11.6	53.5	34.9
	المجموعة كاملةً	5	20	43	37	21	4.0	15.9	34.1	29.4	16.7

3-2-2-7-4- دراسة العلاقة بين محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة والإجابات عن السؤال الشامل الثاني المتعلق بتقويم الأهل للحالة الصحية للفم والأسنان لطفلهم في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة:

جرى حساب قيم معاملات الارتباط سبيرمان بين درجة الإجابة عن السؤال الشامل الثاني المتعلق بتقييم الأهل للحالة الصحية للفم والأسنان لطفلهم وكل من محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة كما يلي:

جدول رقم (76) يبين قيم معاملات الارتباط بين درجة الإجابة عن السؤال الشامل الثاني المتعلق بتقويم الأهل للحالة الصحية للفم والأسنان لطفلهم وكل من محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة.

المتغير الثاني	المتغير الأول = الإجابة عن تقييم الأهل للحالة الصحية للفم والأسنان لطفلهم			وجود علاقة ارتباط	جهة العلاقة	شدة العلاقة
	قيمة معامل الارتباط سبيرمان	عدد الأطفال	قيمة مستوى الدلالة			
محور الأعراض التي يعاني منها الطفل	0.660	126	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية
محور الأداء الوظيفي للطفل	0.594	126	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة
المحور النفسي للطفل	0.542	126	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة
محور الصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي	0.224	126	0.012	توجد علاقة ارتباط	طردية	ضعيفة
التأثيرات الواقعة على الطفل عموماً	0.691	126	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية
محور الضغوط التي يتعرض لها الوالدان	0.546	126	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة
محور الوظيفة التي يقوم بها الوالدان	0.545	126	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة
التأثيرات الواقعة على العائلة عموماً	0.640	126	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	متوسطة
المقياس ككل	0.699	126	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية

نلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة (0.05) بالنسبة لجميع معاملات الارتباط المحسوبة، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين تكرارات درجة الإجابة عن السؤال المتعلق بتقييم الأهل للحالة الصحية

للفم والأسنان لطفلهم وكل من محاور مقياس نوعية الحياة في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة، وبما أن الإشارة الجبرية لمعاملات الارتباط المحسوبة سالبة نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت عكسية، وبما أن القيمة المطلقة لمعامل الارتباط الموافق لمحور الصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي كانت قريبة من القيمة (0.2) نستنتج أن العلاقة الموافقة كانت ضعيفة الشدة، وبما أن القيم المطلقة لمعاملات الارتباط الموافقة لكل من محور الأعراض التي يعاني منها الطفل وقسم التأثيرات الواقعة على الطفل عموماً والمقياس ككل كانت قريبة من القيمة (0.7) نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت قوية الشدة وبما أن القيم المطلقة لمعاملات الارتباط الباقية كانت قريبة من القيمتين (0.5) و(0.6) نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت متوسطة الشدة في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة.

<u>الصدق التمييزي – Discriminant Validity</u>

3-2- 2- 8 - نتائج دراسة الصدق التمييزي - (Discriminant Validity) لمقياس تأثير الصحة الفموية في مجموعة دراسة تأثير نخور الطفولة المبكرة على نوعية الحياة.

أولاً: جرى تقويم الصدق التمييزي من الفروق في مقياس (SYR-ECOHIS) بين الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة وغير المصابين بها باستخدام اختبار (Mann–Whitney U-test) (وهو اختبار لامعلمي مساو لاختبار t-test)

3-2-2- 8-1- دراسة تأثير الإصابة بنخور الطفولة المبكرة على تكرارات قيم محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة:

جرى القيام باختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في تكرارات كل من محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة بين مجموعة الأطفال المصابين بنخورالطفولة المبكرة ومجموعة الأطفال غير المصابين بها في مجموعة دراسة تأثير النخور على نوعية الحياة كما يلي:

- **نتائج اختبار Mann-Whitney U:**

جدول رقم (77) يبين نتائج اختبار (Mann-Whitney U) لدراسة دلالة الفروق في تكرارات درجة الإجابات عن بنود مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة بين مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة ومجموعة الأطفال غير المصابين بها في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراسة السيكومترية) للمقياس.

المتغير المدروس	الإصابة بالنخور	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
محور الأعراض التي يعاني منها الطفل	مجموعة المصابين بالنخور	83	80.60	365.5	0.000	<u>توجد فروق دالة</u>
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	30.50			
محور الأداء الوظيفي للطفل	مجموعة المصابين بالنخور	83	79.75	435.5	0.000	<u>توجد فروق دالة</u>
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	32.13			

المتغير المدروس	الإصابة بالنخور	عدد الأطفال	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
المحور النفسي للطفل	مجموعة المصابين بالنخور	83	74.89	839.5	0.000	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	41.52			
محور الصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي	مجموعة المصابين بالنخور	83	67.64	1440.5	0.002	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	55.50			
التأثيرات الواقعة على الطفل عموماً	مجموعة المصابين بالنخور	83	82.46	210.5	0.000	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	26.90			
محور الضغوط التي يتعرض لها الوالدان	مجموعة المصابين بالنخور	83	78.87	509.0	0.000	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	33.84			
محور الوظيفة التي يقوم بها الوالدان	مجموعة المصابين بالنخور	83	74.25	892.5	0.000	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	42.76			
التأثيرات الواقعة على العائلة عموماً	مجموعة المصابين بالنخور	83	80.67	359.5	0.000	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	30.36			
المقياس ككل	مجموعة المصابين بالنخور	83	83.12	156	0.000	توجد فروق دالة
	مجموعة غير المصابين بالنخور	43	25.63			

يبين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) بالنسبة لجميع المحاور المدروسة، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات قيم كل من محاور مقياس نوعية الحياة بين مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة ومجموعة الأطفال غير المصابين بنخور الطفولة المبكرة، وبدراسة قيم متوسطات الرتب نستنتج أن قيم كل من محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة المدروسة في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة كانت أعلى منها في مجموعة الأطفال غير المصابين بالنخور في مجموعة دراسة تأثير نخور الطفولة المبكرة على نوعية الحياة.

3-2-2-8-2- نتائج دراسة المقارنة بين متوسط مجموع المقياس الكلي والمقياسين الأول (التأثيرات الواقعة على الطفل) والثاني (التأثيرات الواقعة على العائلة) بين مجموعة المصابين بنخور الطفولة المبكرة ومجموعة غير المصابين.

جدول رقم (78) يبين نتائج المقارنة بين متوسط مجموع المقياس الكلي والمقياسين الأول (التأثيرات الواقعة على الطفل)، والثاني (التأثيرات الواقعة على العائلة) بين مجموعة المصابين بنخور الطفولة المبكرة ومجموعة غير المصابين.

المتغير المدروس (المتغير التابع)	مجموعة المصابين بالنخور		مجموعة غير المصابين بالنخور		حجم الأثر (قيمة مربع Eta الجزئية) Effect Size	قيمة مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
محور الأعراض التي يعاني منها الطفل	1.84	0.92	0.26	0.54	0.468	0.000**
محور الأداء الوظيفي للطفل	2.98	2.50	0.16	0.53	0.299	0.000**
المحور النفسي للطفل	1.34	1.52	0.07	0.34	0.189	0.000**
محور الصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي	0.43	1.17	0	0	0.045	0.017*
التأثيرات الواقعة على الطفل عموماً	6.59	4.76	0.49	0.88	0.358	0.000**
محور الضغوط التي يتعرض لها الوالدان	2.42	2.17	0.05	0.21	0.292	0.000**
محور الوظيفة التي يقوم بها الوالدان	1.46	1.73	0.12	0.45	0.168	0.000**
التأثيرات الواقعة على العائلة عموماً	3.88	3.39	0.16	0.48	0.291	0.000**
المقياس ككل	10.47	7.38	0.65	1.25	0.376	0.000**

** : دالة عند مستوى الثقة 95%، **: دالة عند مستوى الثقة 99%*

الثبــات – Reliability

أولاً – الاتساق الداخلي (قيم ألفاكرونباخ):

3-2-2-9-1- نتائج دراسة التأكد من الثبات لمقياس تــأثير الصــحة الفمويــة للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية في مجموعــة دراســة تأثيرنخور الطفولة المبكرة على نوعية الحياة بطريقــة الاتســاق الداخلي (Internal consistency):

للتأكد من الاتساق الداخلي لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة تم حساب قيم معاملات الثبات ألفا كرونباخ بين جميع البنود المكونة للمقياس في مجموعة دراســة تأثير نخور الطفولة المبكرة على نوعية الحياة وبلغت القيم كما في الجدول التالي:

جدول رقم (79) يبين قيم معاملات الثبات ألفا كرونباخ المحسوبة في مجموعة دراسة خصائص القياس النفسي (الدراســة السيكومترية) للمقياس.

المقياس المدروس	عدد البنود	قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ
قسم التأثيرات الواقعة على الطفل CIS	9	0.845
قسم التأثيرات الواقعة على العائلة FIS	4	0.821
المقياس ككل Whole ECOHIS	13	0.899

يُلاحظ في الجدول أعلاه أن قيم معامل الثبات ألفا كرونباخ مرتفعة نسبياً وقريبة من القيمة (0.8) أو أكثر ما يدل على الاتساق الداخلي الجيد لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية. وبذلك تم التأكد من ثبات مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة واتساقه الداخلي.

ثانياً - بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (قيم مُعامل الارتباط البيني):

3-2-2-9-2- نتائج دراسة التأكد من الثبات لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار(Test-Retest Reliability):

تم حساب قيم معاملات الارتباط البيني داخل الفئوي (ICC) بين التطبيقين الأول والثاني كما يلي:

جدول رقم (80) يبين قيم معاملات الارتباط البيني داخل الفئوي (ICC) بين قيم التطبيق الأولي وقيم التطبيق الثاني.

المتغير المدروس	القيم المعتمدة = بالاعتماد على قراءة واحدة			وجود علاقة ارتباط	جهة العلاقة	شدة العلاقة
	قيمة معامل الارتباط بيرسون	عدد الأطفال	قيمة مستوى الدلالة			
محور الأعراض التي يعاني منها الطفل	0.775	121	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية
محور الأداء الوظيفي للطفل	0.824	121	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية
المحور النفسي للطفل	0.653	121	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية
محور الصورة الذاتية للطفل وتفاعله الاجتماعي	0.802	121	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية
التأثيرات الواقعة على الطفل عموماً	0.861	121	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية
محور الضغوط التي يتعرض لها الوالدان	0.689	121	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية
محور الوظيفة التي يقوم بها الوالدان	0.807	121	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية
التأثيرات الواقعة على العائلة عموماً	0.810	121	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية
المقياس ككل	0.746	121	0.000	توجد علاقة ارتباط	طردية	قوية

نلاحظ في الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة (0.05) بالنسبة لجميع المحاور المدروسة، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد علاقة ارتباط خطية بين قيم محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة في التطبيق الأولي وقيم محاور مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة في التطبيق الثاني، وبما أن الإشارة الجبرية لمعاملات الارتباط المحسوبة موجبة نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت طردية، وبما أن القيم المطلقة لمعاملات الارتباط الموافقة كانت قريبة من القيمة (0.7) أو أكثر نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت قوية ما يدل على الانسجام الجيد بين قيم المتغيرين المدروسين في القراءتين الأولى والثانية في مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة المستخدم.

البَابُ الرَّابِعُ

4

المناقشـــة

Discussion

4-1- مناقشة منهجية البحث Research Methodology Discussion:

4 - 1 - 1 - مناقشة منهجية الدراسة الوبائية

Discussion of Epidemiological Study

4 -1-1-1- اختيار أفراد عينة البحث الرئيسة:

تألف هذا البحث من محورين رئيسين، أولهما: الدراسة الوبائية الوصفية المقطعية المستعرضة، وقد هدفت إلى تحديد نسب انتشار نخور الطفولة المبكرة الحالية وشدتها ونماذجها، وشملت 1201 طفل تراوحت أعمارهم بين 3-5 سنوات ضمن رياض أطفال مدينة دمشق، حيث حظيت هذه الفئة العمرية بالقليل من البحث والاهتمام فيما يتعلق بالرعاية الصحية الفموية السنية والوقائية أولاً ومُعالجاتها ودراسة تأثيراتها في نوعية حياة الأطفال وعائلاتهم ثانياً مُقارنة بالكثير من الدراسات التي اهتمت بالنخور السنية عند الأطفال الأكبر عمراً والتي كانت حصيلتها الكثير من المعلومات القيمة.

4-1-1-2- مناقشة طريقة العمل:

في هذه الدراسة قمنا بتسجيل حالة النخور السنية عند الأطفال باعتماد مشعر (dmft)، وذلك باستعمال السن وحدة قياسية، ومشعر (dmfs)، وذلك باستعمال السطح السني (dmfs) للحصول على معلومات أكثر دقة وتفصيلاً، إن قدرة مشعر (DMF/dmf) على الاستمرار نحو 70 عاماً تؤكد نجاحه وسهولته وبساطته وملاءمته للأبحاث الوبائية (Burt 1997).

وفي منحى آخر وفّر هذا المُشعر منهجية بحثية موحدة عالمياً فيما يتعلق بانتشار النخور السنية وشدتها عند مختلف الفئات العمرية، وهذا سهل مقارنة نتائج الدراسات الوبائية في العالم.

ومع الفوائد التي حققها هذا المُشعر إلا أن هناك الكثير من السلبيات المصاحبة التي لابد من وضعها في الحسبان، فهناك صعوبة في تحديد سبب فقد الأسنان، أهو بسبب النخر أم أسباب أخرى مثل الأمراض اللثوية، أو الرضوض السنية، أو الأسباب التقويمية، وتزداد مصداقية هذا المُشعر عند الأطفال الصغار نتيجةً لقلة تعرضهم لهذه الحالات، خاصةً الشريحة العمرية المتضمنة في هذا البحث (Pitts *et al.*, 2003, Wilkins 2010).

وللوصول إلى معلومات أكثر واقعيةً أضفنا مشعر شدة النخــر، ومشــعر النخــر الجوهري، وتشخيص الآفات النخرية البدئية، التي لم تشكل حفرة بعــد لأن التشــخيص الملائم للآفات النخرية وفي المراحل المبكرة يؤدي دوراً هاماً في الوقاية مــن النخــور الســـنية وإن اكتشـــاف العلامـــات المبكـــرة لخســـف الأمـــلاح المعدنيـــة (Mineral hypocalcification signs) إضافةً إلى الحفر الصريحة يُقدم معلومات أكثر فائدةً وواقعيـــةً عـــن واقـــع النخـــور الســـنية فـــي الأســـنان المؤقتـــة (Ismail 1997, Drury *et al.*, 1999, Warren *et al.*, 2006, Brad *et al.*, 2010, Wilkins 2010)

اعتمدنا في الاستقصاء عن بعض المُعطيات والخصائص المتعلقة بأطفــال عينــة البحث وأهلهم على ملء الاستمارة الخاصة بكل طفل بوساطة الوالــدين أو الوصــي أو مقدمي الرعاية للطفل، أحد الإشكالات الرئيسة التي تواجه هذا النوع من الدراسات هــو مقدار دقة الأهل في إكمال الاستبيان، والإجابة عن الأسئلة المطروحة، فمن الممكــن أن يذكر الأهل ما يعتقدون أنها الإجابة الأصح أكثر مما يفعلون حقيقةً على أرض الواقع.

4-1- 1- 3- مناقشة نتائج الدراسة الوبائية (دراسة انتشار نخور الطفولة المبكرة):

Discussion of Epidemiological Study Results

تُعد نخور الطفولة المبكرة مرضاً سنياً حاداً وسريع التطور، يحدث أولاً في الثلــث العنقي للقواطع الأمامية العلوية، ما يلبث أن يخرب كامل تيجان الأسنان، وجعل كل مــن التطور السريري ذو الطبيعة الجائحة، إضافة إلى البداية السريعة نخور الطفولة المبكــرة مُشكلة صحية عامة وكبيرة.

وتعد الصحة الفموية للأطفال في ماقبل المدرسة في دمشق في حال يؤســف لــه، حيث يعانون انتشار نخور الطفولة المبكرة بنسب مُرتفعة جداً، وهنا لايختلف الحال كثيراً عن عدد كبير من الدول الآخذة في النمو، والتي تعاني نسب انتشار مرتفعة أيضاً وبقــاء معظم هذه النخور من دون مُعالجة، وما يترتب على ذلك من تــأثيرات ســلبية كــالألم والانزعاج المرافق، وصعوبات في تناول الطعام وفي البلع، وتشكل الخراجات، وحدوث الانتانات، وكثيراً ما يكون نصيب الأسنان القلع بسبب الألم، وما يلي ذلك من سوء توضع الأسنان الدائمة، ومُشكلات في الكلام وضعف وتأخر في النمو والتطور المعرفي بســبب التأثير في التغذية، واضطرابات صحية عامة، ومُشكلات نفسية واجتماعية وتعليمية، تؤثر في اعتداد الطفل بذاته وأنشطته الاجتماعية، وضعف في تركيزه ومُشــاركته المدرســية،

وتغيب عن الذهاب إلى روضته ومكان رعايته ومن ثم تدنٍ في نوعية حياته (Rosenblatt and Zarzar 2002, Petersen and Kwan 2009).

حاولنا في هذه الدراسة الإجابة عن ثلاثة أسئلة رئيسة هي:

كم تبلغ نسب الانتشار الحالية؟ وما شدتها ونماذجها؟ وما تأثيرها في نوعية حياة الأطفال في ما قبل المدرسة بعمر ثلاث إلى خمس سنوات وفي عوائلهم؟ وما مقدار مُلاءمة النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة ودرجة صدقيتها وثباتها في سورية، وخاصة في مدينة دمشق؟

شملت هذه الدراسة1201 طفل،{629 ذكوراً (52.4%)، 572 إناثاً (47.6%)}،جرى اختيارهم بطريقة عشوائية منتظمة من رياض الأطفال الرسمية والخاصة في مدينة دمشق، وتراوحت أعمارهم بين 3 و5 سنوات.

4-1 -1-3-1- مناقشة انتشار نخور الطفولة المبكرة وشدتها:

أظهرت نتائج هذه الدراسة انتشاراً عالياً لنخور الطفولة المبكرة عند أطفال مدينة دمشق وبلغت نسبة الأطفال المصابين بالنخور (85.5 %) (n = 1027) مع dmft = 7.66 (4.94) و dmfs = 9.87 (7.79) بينما كانت نسبة الأطفال غير المصابين بالنخر (14.5%) (n = 174) .

شمل تقويم الأسنان المنخورة في هذه الدراسة الآفات البدئية (Incipient Lesions)،اعتمدت معظم الدراسات المحلية والعالمية المتعلقة بالنخور عند الأطفال على تسجيل النخور العاجية فقط بينما يؤدي تسجيل النخور الميناية إضافةً إلى العاجية إلى معرفة النسبة الفعلية لانتشار النخور، بينما يؤدي عدم تسجيلها إلى نقص في التقدير الحقيقي (Underestimation) لها، بلغت نسبة الأطفال المصابين بنخور حقيقية في هذه الدراسة (72.3%) (n=743) بينما نسبة الأطفال المصابين بنخور بدئية 27.7% (n=284) في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث، بينما ازدادت هذه النسبة بعمر3 سنوات، حيث كانت نسبة الأطفال المصابين بنخور بدئية فقط (44.4%)، ونسبة الأطفال المصابين بنخور حقيقية بعمر 3 سنوات (55.6%).

هناك أسباب تستدعي ضرورة تشخيص الآفات البدئية في معظم الدراسات السريرية والوبائية، إضافةً إلى الهدف الرئيس المتمثل في المُعالجة الوقائية غير الجراحية المبكرة للنخور السنية، وتتلخص في الآتي:

- الآفات النخرية البدئية أكثر انتشاراً بنسبة ثلاث مرات مقارنةً بالآفات النخرية الصريحة، وهي أكثر انتشاراً من النخور الصريحة في السطوح الملساء والأكثر انتشاراً في الميازيب والوهاد عند الأطفال.
- تُعد الآفات النخرية في الميازيب والوهاد الأكثر قابلية للمعالجة الترميمية، مُقارنةً بالسطوح السنية الملساء.
- تتراجع نسبة كبيرة من الآفات النخرية البدئية على السطوح الملساء عند الأطفال، أو تتطور ببطء بين 6 و12 شهراً إلى آفات نخرية صريحة. (Warren *et al.*, 2006, Brad *et al.*, 2010).

لهذه الأسباب ندرك أهمية تشخيص الآفات البدئية لتوجيه الإجراءات العلاجية والوقائية على نحو يلائم السيطرة عليها قبل تحولها إلى نخور صريحة.

كانت نسبة انتشار نخور الطفولة المبكرة في هذه الدراسة من أعلى النسب في العالم، وأعلى مما جاء في دراسة شاهين في سورية (شاهين 2007)، وأعلى مما ذكر في السعودية (Wyne 2008)، وأعلى من السودان (Fath El rahman 2004)، فهي أعلى مما ذكر في الولايات المتحدة (Kopycka-Kedzierawski and Billings 2011)، وفي كوسوفو (Begzati *et al.*, 2010)، وفي البرازيل (Carvalho *et al.*, 2009)، وينطبق ذلك على الفئات العمرية الثلاث المشمولة بالدراسة (3 و4 و5 سنوات)، وقد كانت نسب الانتشار في دراستنا بعمر 3 سنوات (75.9) مع dmft = 6.11 (5.06)، وأعلى مما ذكر في دراسة شاهين (68%) مع dmft =3.87 (شاهين 2007)، وهي أعلى مما ذكر في الهند (52.87%) مع dmft = 1.82 (Simratvir *et al.*, 2009)، والصين (67%) مع dmft=3.5 (Douglass *et al.*, 1995)، بينما بلغت النسبة بعمر 5 سنوات في هذه الدراسة (90.0%) مع dmft = 8.56 (4.84) ، وأعلى مما ذكرته شاهين في دراستها (87.2%) مع dmft = 6.84 (شاهين 2007)، وأعلى مما جاء في دراسة Beiruti في مدينة دمشق (77%) عام 1985 (Beiruti 1985)، وأعلى مما جاء في دراسة Beiruti وHussein (74%) عام 1991 (Beiruti and Hussein 1991)، وأكثر مما هي عليه

في بعض الإمارات العربية المتحدة، وأقل قليلاً من بعضها، حيث تراوحت النسبة هناك بين (82%) وحتى (94%) عند الأطفال بعمر 5 سنوات (AL–Hossani and Rugg–Gunn 1998). وهي أعلى مقارنةً بماذكر في الصين(Gao et al., 2011)، (86%) و dmft = 5.17 واليابان (Bureau, 1993) (77%) مع dmft = 4.3 والنرويج (44%) (Wigen and Wang 2010)، وفي الهند (58.55%) و dmft =2.21 (Simratvir et al., 2009)، وعند مقارنة هذه النسب بالدراسات السابقة في دمشق وفي المنطقة في السنوات الأخيرة نجد أن نخور الطفولة المبكرة في هذه الدراسة ازدات كثيراً، ويمكن أن يعود السبب في هذه المشكلة إلى التغير الحاصل في أنماط الحياة (Changed Consumptive) Pattern of Life والسلوك الغذائي، مع التوجه الأوسع نحو استهلاك السكريات والمواد الكربوهيدراتية بسبب وفرة الكثير من الأطعمة غير القاسية، وأنواع مختلفة من الحلوى الرخيصة الثمن، حتى ضمن المناطق الفقيرة، إضافةً إلى اختلاف المعايير المستخدمة في تحديد الأسنان المنخورة بين دراسة وأخرى ، وإن بعضها لم يتضمن النخور البدئية، بل شملت بالتقويم فقط الأسنان ذات النخور الصريحة، التي شكلت حفرة إضافة إلى التغطية الوقائية المتدنية لمجموعة الأطفال ماقبل المدرسة المشمولين في هذا البحث ، والصحة الفموية السيئة، والعادات الغذائية غير السليمة، والنقص في الوعي السني، وغياب المعرفة السنية وسط هؤلاء الأطفال مع بعض العوامل الأخرى مثل التأخر في الزيارة الأولى لعيادة الأسنان للمراجعة الدورية، والتأخر في البدء بتفريش الأسنان.

تراوحت قيم مشعر شدة النخر في دراستنا بين (0) و(6) مع متوسط حسابي بلغ (1.42 ± 0.94) وهي أعلى مما ذكر في دراسة شاهين، التي تراوحت فيها قيم هذا المشعر بين (0) و (5.5) مع متوسط حسابي بلغ (1.87±0.74)، وتشير قيم هذا المشعر إلى معدل الأسنان المصابة بحفر واضحة وإلى اصابة أكثر من سطح واحد بكل سن ، حيث تشير القيم الأقل من التسجيل 2 إلى النسبة المئوية الكبيرة للأسنان المصابة بنخور بدئية، وأن نسبة قليلة فقط مصابة بنخور متقدمة، بينما تشير القيم بين 2 و3 والأكبر من التسجيل3 إلى الإصابات المتعددة العميقة (Chosack 1986)، ومن الهام أن نذكر أن متوسط مشعر النخر الجوهري بلغ في دراستنا (13.09) (2.26)، أي أن ثلث العينة لديهم العدد الأكبر من الأسنان المنخورة (أكثر من ثلاث عشرة سناً منخورة عند الطفل دون ست سنوات)، وعند مقارنة قيمة مشعر النخر الجوهري بالدراسات الأخرى وجدنا أنها عالية

جداً، مقارنةً مما ذكرته شاهين والتي بلغت فيها قيمة المشعر (10.91) (2.69) (شاهين 2007)، وبما ذكر عند الأطفال بعمر خمس سنوات في المكسيك، و (4.1) في البرازيل (Carvalho et al., 2009) و (7.6) بعمر 3–6 سنوات في جنوب افريقيا (Postama et al., 2008)، وتسلط القيمة العالية لهذا المشعر الضوء على ضرورة الانتباه إلى نخور الطفولة المبكرة، التي أضحت مشكلة صحية كبيرة في الجمهورية العربية السورية.

وهي مرتفعة جداً، مُقارنةً بالهدف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية والاتحاد العالمي للأسنان (FDI) (World Dental Federation) عام 1981، وهو أن يكون (50%) من الأطفال بعمر 5 إلى 6 سنوات من دون نخور بحلول عام 2000 (FDI, 1982).

وكما هو واضح ونحن الآن في عام 2013 مانزال بعيدين عن تحقيق هذا الهدف، وهنا لابد من إعادة النظر في البرامج الوقائية الموضوعة من السلطات الصحية المعنية، حيث لابد من سياسات محددة وواضحة (Definite policy)، والعمل على وضع برامج وقائية فعالة، تستهدف الأطفال في ماقبل المدرسة.

شكلت الأسنان المنخورة في بحثنا الأكثرية العظمى من متوسط (dmft)، حيث كانت النسبة المئوية للأسنان المنخورة %dt = (84.9%)، مقابل النسبة المئوية للأسنان المرممة %ft = (14.6%)، وأقل من دراسة شاهين حيث كانت النسبة المئوية للأسنان المنخورة %dt = (92.12%) ، مقابل النسبة المئوية للأسنان المرممة %ft = (6.89%)، وأقل من دراسة بيروتي وطيفور والذي كانت نسبة الأسنان غير المعالجة فيها (94%) مقابل (6%) نسبة الأسنان المرممة (بيروتي وطيفور 2000) وربما يشير هذا إلى حدوث تحسن طفيف في الوعي الصحي السني، وهي أعلى من النتائج في كل من الولايات المتحدة الأمريكية، حيث وصلت نسبة الأسنان المنخورة غير المعالجة %dt = (61%) مقابل %ft = (39%) (Kopycka-Kedzierawski and Billings 2011)، وفي البرازيل بلغت %dt = (28.77%) مقابل %ft = (19.70%) (Carvalho et al., 2009)، تشير النسبة الكبيرة للأسنان غير المُعالجة مقارنةً بالنسبة القليلة للأسنان المرممة في هذه الدراسة إلى الضرورة المُلحة للمعالجات السنية عند الأطفال بهذه الفئة العمرية في مدينة دمشق، ويمكن أن يعود ذلك إلى عدم توافر الخدمات الصحية الفموية العلاجية، أو صعوبة

الوصول إليها، والتغطية الوقائية المتدنية لمجموعة الأطفال في ما قبل المدرسة المشمولين في هذه الدراسة، وإلى النقص في وعي المجتمع (Community awareness)، وعدم تقبله لفكرة الوقاية والمعالجة السنية المُبكرة لهذه النخور عند الأطفال الصغار، وإلى عدم وعي الوالدين لأهمية الأسنان المؤقتة، واعتقاد أكثرهم أن الأسنان المؤقتة سيستبدل بها الأسنان الدائمة، وهي لا تحتاج إلى أي رعاية خاصة، غير مدركين الاختلاطات والتعقيدات التي تسببها هذه النخور، وهذا يمكن تجنبه بوساطة برامج التثقيف والعمل على رفع مستوى التوعية الصحية للوالدين.

4-1-1-3-2- مناقشة نماذج النخور في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة من عينة البحث:

جرى تحديد نماذج النخور في هذا البحث على أساس الانتشار في كل نوع من الأسنان (قواطع فقط ، أرحاء فقط ، قواطع مع أرحاء مع الأنياب أو من دونها) وفقاً لنظام «نموذج توزع النخور حسب نوع السن».

أظهرت النتائج أن الأكثرية العظمى من الأطفال في مجموعة الأطفال المصابين بـ (ECC) من عينة البحث المدروسة لديهم نخور في الأرحاء فقط بنسبة (96.5%)، وكان التوزيع متقارباً بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث (الذكور 96.9% ، الإناث 96.0%)، مع النسبة الأكبر بعمر خمس سنوات (97.8%) تلا ذلك نخور القواطع بنسبة (74.8%)، ولحسن الحظ فإن الشكل الأكثر شمولاً من النخر (نخور في القواطع والأرحاء معاً) جاء في الترتيب الأخير بنسبة (73.0%)، يمكن أن يكون السبب في انتشار نموذج النخور الخلفية أكثر من نخور القواطع عائداً إلى التغيرات الشكلية والتشريحية للأسنان الخلفية، إضافةً إلى التعرض الأطول للجراثيم المسببة للنخر، وإلى زيادة التعرض للكربوهيدرات القابلة للتخمر، وغيرها من المواد السكرية المسببة للنخر، وإلى صغر عمر الفئة المدروسة (3 إلى5 سنوات) ومن ثم عدم مقدرة الكثير منهم على تفريش أسنانهم عموماً ولوحده من دون مساعدة وإشراف أشخاص كبار، والخلفية خاصةً كونها الأخيرة ضمن القوس السنية بسبب عدم تطور المقدرة العضلية العصبية لديهم على نحو كاف.

اختلف توزع النخر عند الأطفال في دراستنا عن دراسة شاهين، التي شُوهد فيها النموذج الأكثر شدةً (الأرحاء+القواطع مع أو من دون الأنياب) في الترتيب الأول بنسبة (41.5%) تلتها نخور الأرحاء فقط بنسبة (36.1%) (شاهين 2007).

واختلف توزع النخر في بحثنا عن(Psoter) وزملائه في ولاية أريزونا في الولايات المتحدة الأمريكية، الذي كان وفق الترتيب الآتي: السطوح الملساء، تلتها القواطع العلوية، ثم السطوح الإطباقية للأرحاء الأولى، وأخيراً نموذج الوهاد والميازيب للأرحاء الثانية (Psoter *et al.*, 2009)، وتشابه التوزع في دراستنا مع كل من (Hallet) و (O′ Rourket) في دراستهم على أطفال أستراليين، تراوحت أعمارهم بين 2 إلى 5 سنوات، حيث كانت نخور الأرحاء أولاً بنسبة (21.4 %)، تلتها نخور القواطع الأمامية بنسبة (12.3%) (Hallett and O'Rourke 2006).

بلغت نسبة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة الشديدة (73.8%) (n=886) بينما لم تتجاوز نسبة الأطفال غير المصابين بنخور الطفولة المبكرة الشديدة (26.2%) (n=315)، وكان التوزيع بالفئات العمرية الثلاث كالتالي: (3 سنوات 67.4%، 4 سنوات 74.4%، 5 سنوات 76.6%).

4-1- 3- 3- مناقشة العلاقة بين المتغيرات المدروسة وانتشار نخور الطفولة المبكرة:

تُعد العوامل المسببة لانتشار نخور الطفولة المبكرة وشدتها كثيرة ، منها ما يعود إلى عوامل اقتصادية واجتماعية، وسلوكيات غذائية تتعلق بالطفل، ومنها ما يعود للخلفية الثقافية والتعليمية للوالدين، ومنها ما يتعلق بالعناية الصحية الفموية، وقد سعينا في هذه الدراسة للحصول على أكبر مقدار ممكن من المعلومات عن هذه المتغيرات بسؤال الوالدين في الاستبيان االذي جرى توزيعه عليهم حيث كانت النتائج كما يلي:

4-1-1- 3- 3-1- تأثير جنس الطفل:

لم يكن لجنس الطفل في هذه الدراسة تأثير في حدوث النخر خلال متوسطات (dmft) و(dmfs) و(CSI) ولم تكن هناك فروق جوهرية بين الذكور والإناث فيما يتعلق بمشعرات (dmft) و(dmfs) (واتفقنا مع شاهين فيما يتعلق بمشعر (dmfs) و(dmft) واختلفنا معها في مشعر(CSI) الذي كان في دراستها أعلى عند الذكور من

الإناث(شاهين 2007). واتفقنا مع الكثير من الدراسات مثل (Begzati) وزملائه في كوسوفو(Begzati *et al.*, 2010) ، ودراسة Carvalho وزملاؤه في البرازيل (Carvalho *et al.*, 2009)، واختلفنا مع دراسة (Mathur)، الذي وجد أن نسبة انتشار النخور لأطفال تراوحت أعمارهم بين (2–6 سنوات) أعلى عند الذكور (62.3%) من الإناث (37.65%) (Mathur *et al.*, 2011) . ومع كل من (Hallett) و(O′Rourket) ، حيث أشارا إلى أن انتشار النخور في شمال بريسبين باستراليا كان عند الذكور أعلى مما هو عليه عند الإناث ضمن الفئة العمرية (3–5 سنوات) لكنهم لم يشيرا إلى سبب معروف لازدياد (ECC) عند الذكور مقارنة بالإناث ولكنهم يعتقدون أن الذكور اللذين يتشابه نمط المكورات العقدية الوراثي لديهم مع أمهاتهم يرتفع خطر إصابتهم بثلاثة عشر مرة مقارنة بالإناث اللاتي يكتسبن الجراثيم العقدية من أمهاتهم (Hallet and O′Rourket 2004).

4-1-1- 3- 3- 2- تأثير عمر الطفل:

ازدادت نخور الطفولة المبكرة مع تقدم عمر الطفل في هذه الدراسة حيث كانت قيم (dmft) و(dmfs) أعلى عند الأطفال بعمر 5 سنوات مما هي عليه بعمر 4 سنوات و3 سنوات. ويمكن أن يكون هذا بسبب طول الفترة الزمنية (Time span) منذ بزوغ الأسنان المؤقتة، فكلما كانت فترة وجود السن في الحفرة الفموية أطول كان تعرضه للبيئة الفموية وشروطها المختلفة أطول، ومن ذلك التعرض الأطول للجراثيم المسببة للنخر،إضافةً إلى زيادة التعرض للكربوهيدرات القابلة للتخمر، وغيرها من المواد السكرية المسببة للنخر المترافقة مع التغيرات في العادات الغذائية (dietary habits) كلما كبر الطفل، ومن ثم يزداد إمكان إصابة الأسنان بالنخور، فكل الأطفال الذين جرى فحصهم في الدراسة، كان لديهم إسنان مؤقت مُكتمل وبالتالي لم تشاهد فروق عائدة للعمر أو تتعلق بتسلسل بزوغ الأسنان اللبنية.

اتفقت هذه النتيجة مع أكثر دراسات نخور الطفولة المبكرة السابقة، التي بينت أن نسب الانتشار العالية كانت بين الأطفال الأكبر، مقارنةً بالأطفال الأصغر عمراً مثل دراسة شاهين في سورية (شاهين 2007)، ومع (Fath El rahman) في السودان (Fath El rahman 2004)، ودراسة (Begzati) وزملائه في كوسوفو(Begzati *et al.*, 2010)، ودراسة (Schroth) في كندا (Schroth *et al.*, 2010)، ودراسة كل من (Carvalho) وزملاؤه (Carvalho *et al.*, 2009)، ودراسة (Mathur) في الهند (Mathur *et al.*, 2011)، ودراسة Wyne في السعودية (Wyne 2008)،

4-1-1- 3- 3- 3- المستوى الاقتصادي الاجتماعي:

بين الكثير من الدراسات وجود علاقة عكسية (Inverse association) بين نخور الطفولة المبكرة والمستوى الاقتصادي الاجتماعي المتدني لدى عدد كبير من الأطفال المصابين بهذه النخور(شاهين 2007) (Postama *et al.*, 2008, Gaur and Nayak 2011, Montero *et al.*, 2011).

يجري تقييم المستوى الاقتصادي الاجتماعي للعائلة Socio–Economical Level (SEL) في معظم الدراسات من خلال عمل الوالدين (دخل الأسرة)، ودرجة تعلم الوالدين، وجرى قياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي عن طريق تحديد نوع العمل (Occupational Level) الذي يقوم به الوالدان (عمل الأب) وفقاً للدخل الشهري (مرتفع، متوسط ، منخفض)، وعمل الأم [أم عاملة/ أم غير عاملة])، ومن ثم وفق دخل الأسرة والمستوى التعليمي (Educational Level) لكل من الأب والأم وفقاً للدرجة العلمية التي حصل عليها كل منهما ضمن ثلاث درجات (منخفضة، متوسطة، مرتفعة) (شاهين 2007) (AL–Hossani and Rugg–Gunn 1998, Montero *et al.*, 2011).

4-1-1- 3- 3-4-عمل الوالدين (Parental occupation) :

بينت نتائج دراستنا أن قيم كل من (dmft) و(dmfs) و(CSI) أصغر عند الأطفال من العائلات ذات المستوى الاقتصادي المرتفع، مقارنةً بالأطفال من العائلات ذات المستوى الاقتصادي المتوسط والمنخفض، فكلما زاد المستوى الاقتصادي والاجتماعي قلت قيم (dmft) و(dmfs).

وهنا اتفقنا مع شاهين في دراستها، حيث أشارت إلى وجود علاقة عكسية بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة وانتشار نخور الطفولة المبكرة وشدتها ، حيث ازدادت قيم (dmft) و(dmfs) عند الأطفال من العائلات ذات المستوى الاقتصادي الأقل (شاهين 2007).

وتشابهت نتائجنا مع نتائج (Mazhari) وزملائها في دراستهم في مدينة كوجان بإيران حيث أشاروا إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين انتشار نخور الطفولة المبكرة والوضع الاقتصادي لهؤلاء الأطفال (Mazhari *et al.*, 2007).

واختلفت نتائجنا مع (Al-Hosani) و(Gunn) في الإمارات العربية المتحدة، حيث أشارا إلى وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين (ECC) والمستوى الاقتصادي المرتفع،

وفسرا ذلك باستهلاك أطفال عائلات الوضع المادي المرتفع أنواعاً مختلفة من الحلويـــات على نحو أكبر بسبب توفرها عند هذه العائلات (AL–Hossani and Rugg–Gunn 1998).

واقتربت نتائجنا من نتائج (Postama) وزملائه في جنوب إفريقيا حيث كانت نخور الطفولة المبكرة أكثر انتشاراً وشدةً وسط أطفـــال الأســـر ذات المســـتوى الاقتصـــادي المتوسط، مُقارنةً بالأسر ذات المستويات الاقتصادية المرتفعة بينما أظهر أطفال الأســـر ذات المستوى الاقتصادي المنخفض خطراً مرتفعاً من الإصابة بنخور الطفولـــة المبكـــرة الشديدة (Postama *et al.*, 2008).

في دراستنا كانت قيم متوسطات (dmft) و(dmfs) و(CSI) في مجموعة الأطفال ذوي الأم غير العاملة أكبر من مجموعة الأطفال ذوي الأم العاملة.

واتفقنا مع (Montero) وزملائه الذين استنتجوا أن عدد الأسنان المصابة بنخور الطفولة المبكرة كان كبيراً عند أطفال أمهاتهم ربات منازل مُقارنةً بمجموعـــة الأطفـــال الذين تمارس أمهاتهم أعمالاً تقنية ولكنهم لم يُشيرا إلى سبب واضح لذلك، وقد يعود إلـــى ارتفاع مستوى دخل الأسرة بسبب عمل الأم (Montero *et al.*, 2011).

4–1–1– 3– 3–5– تأثير المستوى التعليمي للوالدين (Parental Education) :

أكدت نتائج دراستنا وجود علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للوالـــدين ونخـــور الطفولة المبكرة في متوسطات (dmft) و(dmfs) و(CSI)، حيـــث كانـــت نتـــائج قـــيم متوسطات (dmft) و(dmfs) و(CSI) في دراستنا في مجموعة الأطفال الذين لديهم أب ذو مستوى تعليمي مرتفع أصغر، مقارنة بمجموعة الأطفال الذين لديهم أب ذو مســـتوى تعليمي منخفض، ومجموعة الأطفال الذين لديهم أب ذو مستوى تعليمي متوسط على حدة في عينة البحث.

اختلفنا مع شاهين فيما يتعلق بقيم متوسطات (dmft) و(dmfs) التي كانـــت فـــي دراستها أعلى عند الأطفال الذين لديهم أب ذو مستوى تعليمي منخفض فقط، مُقارنة بالذين لديهم أب ذومستوى تعليمي مرتفع، والذين لديهم أب ذو مستوى تعليمي متوسط، حيث لم تُلاحظ شاهين فروقاً دالة إحصائياً في متوسطات (dmft) و(dmfs) بين الأطفال الـــذين

لديهم أب ذو مستوى تعليمي مرتفع والأطفال الذين لديهم أب ذو مستوى تعليمي متوسط(شاهين 2007).

أما بشأن المستوى التعليمي للأم فكانت قيم متوسطات (dmft) و(dmfs) في دراستنا في مجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على مستوى تعليمي مرتفع أصغر مقارنةً بمجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على مستوى تعليمي متوسط ومجموعة الأطفال ذوي الأم الحاصلة على مستوى تعليمي منخفض على حدة في عينة البحث.

اتفقنا مع دراسة شاهين، حيث كانت متوسطات (dmft) و(dmfs) أقل عند أطفال الأمهات ذوات المستوى التعليمي المرتفع، مقارنةً بأطفال الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط والمنخفض (شاهين 2007).

وتشابهت نتائجنا مع كل من (Montero) وزملائه حيث لاحظوا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الأمهات ذوات التعليم الابتدائي (المنخفض) ومجموعات الأمهات ذوات التعليم (المتوسط) وذوات التعليم العالي(Montero *et al.*, 2011).

واقتربت نتائجنا من(Wigen) و(Wang) ، حيث أكدت نتائج دراستهم في النرويج أن الآباء ذوي المستوى التعليمي المنخفض غير قادرين على تحقيق صحة سنية أفضل لأطفالهم (Wigen and Wang 2010).

واتفقنا مع (Mazhari) وزملائها في دراستها في مدينة كوجان بايران والتي أشارت فيها إلى وجود علاقة ذات دلالة احصاية بين انتشار نخور الطفولة المبكرة والمستوى التعليمي لآباء هؤلاء الأطفال (Mazhari *et al.*, 2007).

ولم نتفق مع كل من (Schroth) و(Moffatt) في كندا، حيث لم يجدا علاقة بين المستوى التعليميي للوالدين وحدوث نخور الطفولة المبكرة وفسرا ذلك بتجانس المجتمع المدروس، ولأن معظم الآباء والأمهات من مستويات علمية متشابهة (Schroth and Moffatt 2005).

واختلفنا مع (Fath El rahman) في دراستها في السودان، التي لم تجد ارتباطاً جوهرياً بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي وفقاً للمستوى التعليمي لكلا الوالدين ومستوى الروضة، وانتشار نخور الطفولة المبكرة (Fath El rahman 2004).

يمكن تفسير هذا الارتباط العكسي القوي بين الوضع الاقتصادي الاجتماعي ونخور الطفولة المبكرة في جزء منه بالمستوى التعليمي للأبوين، خاصةً الأم حيث سجلت نسب الانتشار الأعلى عند أطفال آباؤهم وأمهاتهم ذوو مستوى تعليمي أقل، حيث ينقصهم الوعي الكافي لضرورة اللجوء إلى خدمات الرعاية الصحية الفموية، وإن الرعاية الصحية الفموية التي تقدمها الأمهات لأطفالهن تؤدي إلى تغيرات إيجابية للحالة الصحية الفموية لهؤلاء الأطفال، وفي جزء ثان بالدخل المحدود للأسرة، الذي يؤثر أيضاً في العادات الصحية والغذائية للطفل، وفي جزء آخر بتوزع عينة البحث، والتي تألفت في أكثرها من الأسر ذات المستوى الاقتصادي المتوسط (56.6%) والمستوى المنخفض (16.2%) بينما بلغت نسبة الأسر ذات المستوى الاقتصادي المرتفع (27.2%) (شاهين 2007 (Wigen and Wang 2010, Gaur and Nayak 2011).

4-1-1- 3- 3-6- تأثير نوع الروضة (رسمية، خاصة):

لم يكن لنوع الروضة تأثير في قيم متوسطات (dmft) و(dmfs) و(CSI) في عينة البحث.

أشارت نتائج هذه الدراسة إلى تشابه متوسطات (dmft) عند أطفال الرياض الرسمية 7.68 (5.06) والخاصة 7.63 (4.78)، وكذلك تشابه متوسطات (dmfs) عند أطفال الرياض الرسمية 9.83 (7.77) والخاصة 9.92 (7.82)، ويمكن تفسير ذلك بأن هذه النسب المرتفعة تؤكد أن المشكلة مشكلة صحية عامة وكبيرة، لا تميز بين رياض رسمية ورياض خاصة، علماً بأن الفروق بدأت تتلاشى بين الرياض الرسمية والرياض الخاصة، وهناك الكثير من الرياض الرسمية تُعد نموذجية، ولا تقل عن الخاصة بل تتفوق عليها من حيث الوسائل التعليمية والترفيهية، وإن كثيراً من الآباء ذوي الحالة الاقتصادية والتعليمية المرتفعة يذهبون بأطفالهم إلى الرياض الرسمية، اقتربت متوسطات مشعري شدة النخر (CSI) عند الأطفال في كل من الرياض الرسمية 1.44 (0.98) والخاصة

1.40 (0.88) من بعضهما، أي إن عمق الآفات النخرية عند الأطفال في الرياض الخاصة لا يختلف كثيراً عماهو عليه في الرياض الرسمية، ونسبة الأسنان المصابة بحفر نخرية متقدمة في الرياض الخاصة تقترب من النسبة نفسها في الرياض الرسمية.

ويمكن تفسير ذلك في حالة الرياض الرسمية بإهمال المعالجات عند الطبقات الاجتماعية المتوسطة والمنخفضة التي تقصد الرياض الرسمية لأسباب مالية وصعوبة توفير كلفة المعالجات السنية، إضافةً إلى قلة الوعي الصحي الفموي عند بعض هؤلاء الآباء.

وقد يعود ذلك في حالة الرياض الخاصة إلى قصور من الوالدين تجاه أطفالهم، واعتقادهم بأن الروضة الخاصة سوف تقوم بالكثير نيابة عنهم، إضافةً إلى عدم وعيهم لأهمية الأسنان المؤقتة بسبب قلة التعليم والثقافة الصحية والفموية للكثير منهم مع وضعهم المادي الجيد وهذا يُشير إلى أن الفوارق المادية بين الطبقات المختلفة للمجتمع في مدينة دمشق لا تؤثر فعلياً في الكثير من التقاليد الثقافية، ومنها الاهتمام بالرعاية الصحية الفموية للأطفال.

كان لنوع الروضة في دراسة شاهين تأثيرٌ في مشعري (ft) و(CSI)، بينما لم تجد علاقة بين نوع الروضة ومتوسطات (dmft) و(dmfs)، وأشارت نتائج دراستها إلى ازدياد متوسطات (ft) عند أطفال الرياض الخاصة، وفسرت ذلك بتوافر المستوى الاقتصادي الملائم عند الأهل، ما يسمح لهم بزيارة طبيب الأسنان وإجراء المعالجات الترميمية الملائمة، وكان مشعر شدة النخر (CSI) في دراستها أعلى عند الأطفال في الرياض العامة وعزت ذلك إلى إهمال المُعالجات عند الطبقات الاجتماعية المتوسطة والمنخفضة والتي تقصد هذه الرياض (شاهين 2007).

عند مُقارنة نتائج هذه الدراسة بالدراسات الأخرى في الدول العربية وجدنا نتائج متنوعة، فبينما ذكرت (Fath El rahman) في السودان أن لا تأثير لنوع الروضة (خاصة أو عامة) في مشعرات (dmft) و(dmfs) (Fath El rahman 2004)، وجد (Wyne) أن نسبة انتشار النخور بين أطفال الرياض الحكومية وصلت إلى (86.6%) بينما كانت في الرياض الخاصة (65.3%) (Wyne 1999).

4-1-1- 3- 3-7- تأثير التوعية الصحية الفموية للأطفال ضمن الرياض:

أظهرت نتائج دراستنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات (dmft) و(dmfs) و(CSI) بين مجموعة الأطفال الذين لم يتلقّوا أي توعية صحية فموية في الروضة ومجموعة الأطفال الذين تلقّوا توعية صحية فموية في الروضة، ولا تأثير لتلقي الطفل توعية صحية فموية في روضته في قيم متوسطات (dmft) و(dmfs) و(CSI) في عينة البحث.

ويمكن تفسير غياب التأثير بعدم نجاح عملية التوعية الصحية الفموية في الروضة وقلة معرفة العاملين في رياض الأطفال بعوامل الخطورة للنخر السني، ومقدار فهمهم أهمية العناية الفموية والوقاية من النخور مع التوعية غير الكافية أصلاً لكثير من الأهل وأطفالهم فيما يتعلق بالعادات الصحية الفموية المُلائمة.

كما بينت نتائج دراستنا أن (41%) من الأطفال، وهو أقل قليلاً من نصف عينة، البحث لا يقومون بتفريش أسنانهم إطلاقاً أو يفرشونها على نحو غير منتظم، وهذا يُشير إلى مستوى عال من الإهمال وعدم الوعي لأهمية الصحة الفموية من أطفال عينة البحث وأهلهم.

تشابهت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (Schroth) وزملائه في كندا (Schroth *et al.*, 2010)، كما اقتربت نتائجنا من نتائج الدراسة التي قام بها (Begzati) وزملاؤه في كوسوفو (Begzati *et al.*, 2010)، حيث بلغ عدد الأطفال الذين لا يقومون بتفريش أسنانهم إطلاقاً (52%) وهو أكثر قليلاً من نصف عينة البحث، وأكدت نتائج هذه الدراسة الحاجة إلى برنامج لتعزيز الصحة الفموية، يهدف إلى زيادة الوعي بشأن نخور الطفولة المبكرة كمشكلة صحية عامة، وزيادة وصول الخدمات السنية الوقائية إلى الأطفال في ما قبل المدرسة.

4-1-1-3-3-8- تأثير استعمال فرشاة الأسنان من حيث عدد مرات تفريش الأسنان يومياً.

تتطور الآفات النخرية عند وجود اللويحة الجرثومية وبقايا الفضلات الطعامية المُتراكمة فترات زمنية طويلة، وإن المكافحة الفعالة للّويحة تمنع حدوث النخور السنية أو تقللها.

أظهرت نتائج دراستنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات (dmft) و(dmfs) و(CSI) بين مجموعات عدد مرات تفريش الأسنان يومياً ولا تأثير لعدد مرات تفريش الأسنان يومياً، في القيم الثلاث في عينة البحث، مع أن الأطفال الذين استعملوا فرشاة الأسنان في هذه الدراسة وصلت نسبتهم إلى (59%) بزيادة (23.3%) عن دراسة شاهين التي بلغت (35.7%) (شاهين 2007) كما بلغت نسبة الذّين قاموا بتفريش أسنانهم مرتين يومياً أو أكثر (11%) بزيادة بلغت (4.7%) على ما كان عليه الحال في دراسة شاهين (6.3) ما يُشير إلى الإقبال والإهتمام بتفريش الأسنان، وقد أظهرت عدة دراسات أن تفريش الأسنان اليومي والمستمر بمُساعدة الأهل يمكن أن يقلل انتشار نخور الطفولة المبكرة ويزيل اللويحة عن الأسنان على نحو أكثر فعالية عند الأطفال الذّين تتراوح أعمارهم مابين (3–5 سنوات) ولم تتطور لديهم المقدرة العضلية العصبية بعد (Paunio *et al.*, 1993, Hausen 2003) .(Dean and Hughes 2004).

يرتبط موقف الوالدين السلبي (Parents attitude) وعدم اهتمامهما بتفريش أسنان أطفالهما بزيادة النخور عند الأطفال في عمر 3–5 سنوات (Skeie *et al.*, 2008).

أكد كل من (Wigen) و(Wang) في دراسة لهما في النرويج الأثر المهم للوالدين في الصحة الفموية للطفل (Wigen and Wang 2010). ويُمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات عدد مرات تفريش الأسنان يومياً وغياب التأثير لعدد مرات تفريش الأسنان اليومي في القيم الثلاث في عينة البحث بالفعالية الضعيفة للتفريش بوساطة أطفال الفئة العمرية المدروسة (3–5 سنوات) وحدهم، وعدم مُساعدة الأهل، إضافة إلى استهلاكهم الكبير للكربوهيدرات، وتوافر أنماط متنوعة من الحلويات مع الصحة الفموية السيئة، أي إن تأثير استهلاك الكربوهيدرات في متوسطات (dmft) و(dmfs) و(CSI)، وعدم العناية الفموية والسنية الجيدة والتفريش غير الفعال أقوى من تأثير عدد مرات التفريش نفسها، خاصةً عندما يقوم بها الطفل وحده.

واتفقنا مع (Hallette) الذي لم يجد علاقة بين نخور الطفولة المبكرة وتفريش الأسنان عند أطفال أستراليا (Hallett and ORourke 2003).

واتفقنا مع كل من (Schroth) و(Moffatt) في عدم وجود فروق جوهرية بين الأطفال المصابين وغير المصابين بنخور الطفولة المبكرة فيما يتعلق بتكرار التفريش اليومي للأسنان، حيث أشارا إلى أن طريقة التفريش (Brushing Technique) أكثر أهميةً من التكرار (Schroth and Moffatt 2005).

واختلفنا مع شاهين حيث ازدادت قيم (dmft) و(dmfs) عند الأطفال الذين لم يستعملوا فرشاة الأسنان أو استعملوها على نحو غير منتظم، مقارنةً بالأطفال الذين استخدموها مرة أو مرتين في اليوم (شاهين 2007).

واختلفنا مع (Fath El rahman) في السودان التي أظهرت دراستها أن انتشار نخور الطفولة المبكرة يقل مع التكرار اليومي لتفريش الأسنان(Fath El rahman 2004).

يؤدي الاستخدام اليومي لمعجون الأسنان المزود بالفلور (Fluoridated dentifrice use) مع التكرار والفعالية إلى زيادة تأثير مفعول الفلور الوقائي، وتقليل وجود اللويحة السنية وإزالة الفضلات الطعامية القابلة للتخمر على نحو أكثر فعالية (Marthaler *et al.*, 2005).

يُمكن أن تكون البيانات التي توافرت لدينا ليست بالدقة المرجوة نتيجةً لتحيز بعض الوالدين أو الأوصياء أو مُقدمي الرعاية للطفل إلى الإجابة التي يعتقدون أنها الأكثر ملائمة لاعتقادهم أنها سلوك اجتماعي.

لا بد لنا في النهاية من الإشارة إلى بعض الصعوبات (Difficulities & limitations) التي واجهتنا، سواء بأخذ الموافقات والمعلومات الإحصائية الأساسية من مديرية التربية، وفي الدخول إلى الكثير من رياض الأطفال وإجراء الفحوصات المطلوبة ، إضافة إلى أن اعتماد التصميم المقطعي العرضي في هذه الدراسة (دراسة الانتشار) قد لا يكون الأمثل، وربما تكون دراسات المتابعة الطولانية (Longitudinal Study) وفي مدة كافية من الزمن واعتماد عينات كبيرة هي الأكثر ملائمة، لكن أحوال العمل البحثي في الدول الآخذة في النمو والتطور، ومنها الجمهورية العربية السورية، وصُعوبة متابعة أطفال الفئة العمرية المدروسة الصغار مدة زمنية طويلة جعل اعتماد هذا التصميم هو الملائم.

4-1-2- مناقشة منهجية دراسة خصائص القياس النفسي للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة:

Discussion of Psychometric Study methodology:

4-1-2- 1- اختيار أفراد العينة:

شمل الجزء الثاني من البحث دراسة نوعية الحياة بدراسة خصائص القياس النفسي للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة ومُلاءمتها للأطفال في ماقبل المدرسة في رياض الأطفال بمدينة دمشق المصابين بنخور الطفولة المبكرة، حيث قمنا باختيار عينة فرعية مُلائمة من عينة الدراسة الرئيسة، تألفت من126 طفلاً جرى تقسيمهم لمجموعتين، باعتماد حالتهم السنية: أطفال مصابون بالنخر (المجموعة الأولى)، وأطفال غيرمصابين (المجموعة الثانية)، جرى تشخيص إصابتهم بالفحص السريري، وكانت المجموعتان غير متوافقتين في الجنس وفي العمر ومع إمكان حدوث تحيز في اختيار العينة، إلا أن ذلك لايُعد مهماً في دراسات اختبار صدقية المقاييس، والتي يكون فيها اختيار العينة أكثر غرضيةً (More Purposive).

4-1- 2- 2- مناقشة طريقة عمل دراسة خصائص القياس النفسي للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة .

يتميز مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة، إضافة إلى استخدامه ضمن الإطار السريري بإمكان استخدامه في المسوح الوبائية لتقويم عبء الأمراض السنية ومُعالجاتها و تأثيراتها في الأطفال الصغار، وآبائهم أو مقدمي الرعاية لهم، وقد وضعت نسخته الأصلية باللغة الإنجليزية ومن ثم فهو يتطلب ترجمة إلى لغات أُخرى، وعملية تحقق من صدقيته عندما يُراد استخدامه بتلك اللغات (Pahel *et al.*, 2007).

قمنا بترجمة مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة إلى اللغة العربية، وتقويم جودة الترجمة إضافةً إلى الدراسة التمهيدية، حيث جرى تعديل المقياس وملائمته بإزالة الغموض عن كل الكلمات أو العبارات، وتصحيح الأسئلة التي أحس فيها الآباء بعدم الراحة أو الارتباك.

شابهت النسخة العربية السورية المترجمة عكسياً (Back-translated version) النسخة الأصلية وذلك مع إجراء بعض التعديلات الصغيرة، التي اقتضتها الاختلافات الثقافية، وعُدت بنودها الثلاثة عشر مفهومة ومقبولة من المشاركين في الدراسة التمهيدية ومن ثم جرى الاحتفاظ بها جميعاً لشموليتها وارتباطها بالمجموعة المستهدفة.

تُعد عملية الترجمة وصدق جودتها، واختبار خصائص القياس النفسي للمقياس إجراءات مهمة في ملاءمة التداخلات الثقافية لمقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية (Pahel *et al.*, 2007, Li *et al.*, 2008, Lee *et al.*, 2009).

بعد ذلك طبقنا النسخة العربية السورية النهائية للمقياس على أهل كل طفل من أطفال المجموعتين المدروستين، تراوحت أعمارهم بين 3إلى5 سنوات مرتين اثنتين بفارق زمني مقداره ثلاثة أسابيع بين المرتين، حيث يجب أن تكون مقاييس التقويم قابلة لاعطاء النتائج نفسها مع مرور الوقت أي إنه يمكن الحصول بوساطتها على نتائج مُشابهة خلال تطبيقها مرتين أو أكثر على الفرد نفسه شريطة عدم تغير حالته السريرية العامة.

نتيجةً لتباعد حدوث الأمراض الفموية ومنها نخور الطفولة المبكرة طلبنا من الآباء ومقدمي الرعاية أن يضعوا في الحسبان مُعاناة الطفل لنخور الطفولة المبكرة ومُعالجاتها طوال حياته، عندما يقومون بالإجابة عن بنود المقياس، ومن أجل معرفة هذه المُعاناة إستخدمنا اجابات للمقياس ذات خيارات (Response Options)، تُقيم التكرار الذي به تؤثر نخور الطفولة ومُعالجاتها في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية للطفل، ثم قمنا باستخدام مقياسين شاملين (Tow Global Questions) وهما سؤالان أحدهما عن الصحة الفموية، والآخر يتعلق بالصحة العامة للتحقق من صدق النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة، وذلك لأن التقويم الشامل يعكس القيم المتباينة وتفضيلات المرضى، ويمكن أن يقدم للباحثين طرقاً بديلة أو إضافية معقولة لقياس نوعية الحياة. تستخدم المقاييس الشاملة على نحو شائع مُؤشرات شخصية، ترتبط على نحو كبير بالوضع الفموي الصحي، الذي جرى تشخيصه من قبل سريرياً (Gift *et al.*, 1995, Prutkin and Feinstein 2002, Pahel *et al.*, 2007, Scarpelli *et al.*, 2011).

4- 1- 2- 3 - مناقشة نتائج دراسة خصائص القياس النفسي للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة

Discussion of Psychometric Study Results

يُعاني أكثر الأطفال المشاركين في هذه الدراسة نخور طفولة مبكرة غير مُعالجة، وكانت قيم (dmft) و(dmfs) و(dt) و(ds) التي تُشير إلى مُعاناة المرض في مجموعة الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة مرتفعة بينما كانت قيم (ft وfs) و (mt وms) ، التي تدل على المُعالجات من المرض منخفضة.

أظهرت النسخة العربية السورية للمقياس صدقاً وثباتاً مقبولين، وأبدت مقدرةً على التمييز بين مجموعتي الأطفال الذين جرى تصنيفهم وفقاً للإصابة النخرية إلى أطفال مُصابين بنخور الطفولة المبكرة وأطفال غير مُصابين بها.

لا يُعاني الأطفال الصغار عادةً مستويات عالية من النخور، وهذا يُفسر صغر أعمار الأطفال غير المصابين على نحو تقريبي في العينة الفرعية، مقارنةً بالأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة.

أشارت نقاط النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة إلى انخفاض العافية الكلية (Overall well-being) للأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة، مقارنةً بالأطفال غير المصابين، وهذا يؤكد ما جاءت به الدراسات السابقة، التي أشارت إلى أن الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكرة يُعانون نوعية حياة سيئة (Pahel *et al.*, 2007, Li *et al.*, 2008, Lee *et al.*, 2009, Jabarifar *et al.*, 2010, Scarpelli *et al.*, 2011) .

4-1-2-3-1- مناقشة التأثيرات السلبية لنخور الطفولة المبكرة ضمن عينة الدراسة:

بتحليل توزع الإجابات في هذه الدراسة كانت بنود التأثيرات الأكثر انتشاراً بين الآباء على مستوى قسم التأثيرات الواقعة على الطفل هي المرتبطة بالتكلم (96.0%)، والغياب (95.2%)، والابتسام (94.4%)، والنطق (92.8%)، والنوم (88.0%)،والنزق (87.3%)، والألم (84.9%)، والأكل (82.4%)، بينما كانت البنود الأكثر انتشاراً على

مستوى التأثيرات الواقعة على قسم العائلة هـــي الأثـــر أو العـــبء المـــادي (92.9%)، والشعور بالذنب (87.3%)، وقد أظهر أكثر من ربع المشاركين تقريباً من الآباء ومقدمي الرعايـــة للأطفـــال (26.2%) قيمـــاً صـــفرية[1] (Floor effects) لكامـــل المقيـــاس (التأثيرات الدنيا).

أفادت نسبة كبيرة من الآباء في هذه الدراسة بلغت (71.4%) بأن أطفالهم عـــانوا تأثيراً صحياً فموياً واحداً على الأقل (ARBIC SYR- ECOHIS >0) ، كانت معظمها فـــي محـــور الأعـــراض ومحـــور الأداء الـــوظيفي (الأنشـــطة) مُقارنـــةً بـــالمحورين النفسي والاجتماعي.

واقتربت نتائج دراستنا من نتائج (Lee) وزملائه في النسخة الصينية، والتي بلغت (77.4) (Lee *et al.*, 2009).

وكانت النسبة في دراستنا أعلى من تلك التي جرى الحصول عليها لـــدى (Pahel) وزملائه باستخدام النسخة الإنجليزية الأصلية التي بلغت (58 %) (Pahel *et al.*, 2007).

وأقل من النتائج التي جرى الحصول عليها من (Peker) وزملاؤئه فـــي النســـخة التركية، والتي أكد فيها (91.7%) من الآباء وجود تأثيرات سلبية على مستوى أطفـــالهم (Peker *et al.*, 2011)

بينما ذكر أكثر من نصف الآباء (59.5%) وجود تأثيرات سلبية في مستوى العائلة نتيجة للصحة الفموية للطفل، تركز مُعظمها في محور الضـــغوط التـــي يتعـــرض لهـــا الوالدان، وهذا يُشير إلى تدنٍ في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية بين أطفال العينة.

وهي تقترب من النتائج التي جرى الحصول عليها مـــن (Peker) وزملائـــه فـــي النسخة التركية، والتي كانت (65.3%) (Peker *et al.*, 2011) ومن (Lee) وزملائـــه فـــي النسخة الصينية التي بلغت (67%) (Lee *et al.*, 2009).

وهي تختلف عن النتيجة التي حصل عليهـــا (Pahel) وزملائـــه فـــي النســـخة الإنجليزية الأصلية، التـــي بلغـــت (46%)، وهـــي أقـــل مـــن نصـــف عـــدد الآبـــاء (Pahel *et al.*, 2007).

---

1. التأثيرات الدنيا وتعني أقل قيمة صفرية ممكنة (Pahel *et al.* 2007).

ويشير هذا إلى ضعف نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية (OHRQoL) وسط أطفال العينة وعائلاتهم.

تميزت هذه الدراسة بوجود تأثيرات بلغت الحد الأقصى[1] (Ceiling effect) حيث بلغت النقاط (16)، وهو أقصى مدى ممكن (Possible range) على مستوى المقياس الفرعي للتأثيرات الواقعة على العائلة عموماً، وهذا يتوافق مع خصائص مرض عينة الدراسة الرئيسة (نخور الطفولة المبكرة)، التي أظهرت إصابة نسبة مئوية كبيرة من الأطفال بلغت (85.5 %).

وتوافق هذا مع النسخة الصينية (Lee *et al.*, 2009)، واختلفنا مع النسخة الإنجليزية الأصلية (Pahel *et al.*, 2007)، والنسخة الفرنسية (Li *et al.*, 2008)، والتركية (Peker *et al.*, 2011)K حيث لم يكن هناك أي تأثيرات قصوي، بلغ عدد الإجابات المفقودة في كامل المقياس ثلاثة وانحصرت في قسم التأثيرات الواقعة على الطفل، بينما لم تكن هناك أي إجابة مفقودة في قسم التأثيرات الواقعة على العائلة، ومن ثم لم يطُبق معيار استبعاد الاستبيانات التي تحتوي على إجابتين مفقودتين أو أكثر أو إجابة واحدة أو أكثر في كل من قسمي التأثيرات الواقعة على الطفل والتأثيرات الواقعة على العائلة على التوالي والمُوصى به من (Pahel) وزملائه (Pahel *et al.*, 2007).

لم يُجب أيٌ من الآباء بـ (لا أعرف) عن كل الأسئلة، حيث كان بمقدور أكثر الآباء ومقدمي الرعاية (78%) تسجيل مُعاناتهم ومُعاناة أطفالهم بالإجابة عن بنود النسخة العربية السورية للمقياس، ويُشير هذا إلى سهولة تطبيق المقياس وسط الأطفال في ماقبل المدرسة في مدينة دمشق، وقد بلغ عدد الآباء الذين أجابوا بـ (لا أعرف) عن واحد أو اثنين من الأسئلة في هذه الدراسة 28 بنسبة وصلت إلى(22%)، وذلك في كلا القسمين المكونين للمقياس ويعد هذا مرتفعاً مُقارنة بما سجل في كل من تركيا (4.95%)، والنسخة الأصلية في الولايات المتحدة (7%)، وفي فرنسا على مستوى العينة المستندة إلى المجتمع (11%)، وفي البرازيل (11.9%)، وتجاوزت قليلاً الدراسة الفرنسية على مستوى العينة المستندة إلى عيادات طب الأسنان (19%).

1. التأثيرات القصوى تعني أقصى مدى من النقاط تصل إليه التأثيرات الواقعة على الطفل، وهو 36 وأقصى مدى من النقاط تصل إليه التأثيرات الواقعة على العائلة، وهو 16 (Pahel *et al.* 2007).

تركزت معظم اجابات الخيار (لا أعرف) على الأسئلة المرتبطة بالصعوبة في الشُرب، والصعوبة في نطق أي كلمة في قسم التأثيرات الواقعة على الطفل، وفي السؤال المرتبط بالشعور بالانزعاج أو القلق بسبب المُشكلات أو المعالجات السنية للطفل في قسم التأثيرات الواقعة على الطفل.

أظهرت هذه الدراسة أن معرفة الآباء العرب السوريين بمُعاناة أطفالهم المرتبطة بنخور الطفولة المبكرة كالصعوبات في شرب المشروبات الباردة أو الساخنة، أو الصعوبات المتعلقة بنطق أي كلمة كانت معرفة محدودة، وتوافق هذا مع دراسة كل من (Pahel) وزملائه في الولايات المتحدة الامريكية (Pahel *et al.*, 2007)، و(Li) وزملائه في فرنسا (Li *et al.*, 2008)، و(Scarpelli) وزملائه في البرازيل (Scarpelli *et al.*, 2011)، و(Peker) وزملائه في تركيا(Peker *et al.*, 2011). ويُعد خيار الإجابة (لا أعرف) ضرورياً في الدراسات التي تُقوم مُلاحظات المشاركين عن صحة حياة أفراد آخرين أو نوعيتها إضافة إلى أنه يعكس الطبيعة الخاصة للمفهوم التي يخضع للتقويم (Jokovic *et al.*, 2003).

4-1- 2-3 -2- مناقشة صدق المفهوم:

أظهرت نتائج دراستنا من حساب علاقة الارتباط بين قيم مشعرات مُعاناة الطفل من النخور(dmft) و(dmfs) و(CSI) ونقاط النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة وجودعلاقة ارتباط طردية، وكانت القيم المطلقة لمعاملات الارتباط الموافقة قريبة من القيمتين (0.5) و(0.6)، نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت متوسطة الشدة).

كانت العلاقة بين مُعاناة نخور الطفولة المبكرة (dmft وdmfs وCSI) ونقاط النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة (نقاط التأثيرات الواقعة على الطفل والتأثيرات الواقعة على العائلة والنقاط الكلية للمقياس) في الاتجاه المتوقع (نقاط عالية لمقياس نخور طفولة مبكرة على نحو كبير)، وهذا يُشير إلى أن النسخة العربية السورية للمقياس لديها ارتباط بنوعية الحياة، وأكد هذاالارتباط الآراء التي ذكرت أن الآباء يمكنهم تقديم مُلاحظات صادقة عن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية لأطفالهم في ما قبل عمر المدرسة، خاصةً إذا كانت هذه الحالات واضحة ويمكن مُلاحظتها (Filstrup *et al.*, 2003).

كانت الارتباطات ذات دلالة احصائية بين قيم الـــ (dmfs) و(dmft) و(ds) و(dt) و(ft) و(fs) ومتوسط نقاط المقياس، ويمكن تفسير الارتباطات كقوة متوسطة إلى كبيـــرة (r = 0.56 - 0.72).

يمكن تفسير قوة الارتباط بين المُعاناة من النخور السنية على مستوى السن كوحدة واحدة وعلى مستوى السطوح السنية (dmft, dmfs, dt, ds)، وبين نقاط المقياس كقوة متوسطة حيث بلغت قيم معامل ارتباط سبيرمان 0.58 وأكثر.

ارتبطـــت نقـــاط النســـخة العربيـــة الســـورية للمقيـــاس جوهريـــاً بمشـــعر dmft (r=0.67; P< 0.01) ومشعر dmfs (r=0.72; P< 0.01).

ارتبط المقياس جوهرياً بالأسنان المنخورة dt (r =0.58; P<0.01) وبالســـطوح السنية المنخورة ds (r=0.60; P<0.01)، ودعمت كل هذه الموجودات صدق المفهوم، مع أن الارتباطات المُلاحظة بين أعداد الأسنان المفقودة ومتوسطات النقـــاط ذات دلالـــة إحصائية، إلا أنها كانت أقل من الارتباطات بين أعداد الأســـنان المنخـــورة والمرممـــة. ويمكن أن يرتبط ذلك بحقيقة أن النخور السنية لكثير من الأطفال المُشاركين في الدراسة كانت غير مُعالجة، إضافة إلى صغر حجم عينة الأطفال في هذه الدراسة ، الذين كانـــت لديهم أسنان مفقودة بسبب النخر حيث بلغت (9.3%) (N=112).

4–1– 2– 3– 3– مناقشة الصدق التمييزي:

يُعتقد بأن تحليل الصدق التمييزي طريقة مُفيدة في التمييز بين المجموعـــات التـــي يُعرف عنها الاختلاف من قبل (Pahel *et al.*, 2007).

جرى تقويم الصدق التمييزي من الفروق في النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة بين الأطفال المصابين بنخور الطفولة المبكـــرة وغيـــر المصابين بها باستخدام اختبار (Mann–Whitney U-test)، (وهو اختبار لامعلمي مســـاو لاختبار t-test)

ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات النقاط لكامل المقياس (النسخة العربية السورية)، وللمقياسين الفرعيين المكونين له بين الأطفال المصابين وغير المصابين، إضافة إلى حجم الأثر المُلاحظ لكامل المقياس (النسخة العربية السورية)، وللمقياسين الفرعيين المكونين له ES > 0.30 (أكبر من)، والذي يمكن تفسيره بفروق تراوحت بين ضعيفة إلى متوسطة ومن ثم أكدت هذه الموجودات مقدرة هذه النسخة على

التمييز بين المجموعتين الاثنتين للأطفال. ومن ثم أكدت هذه الموجودات مقدرة هذه النسخة على التمييز بين المجموعتين الاثنتين للأطفال.

4-1- 2- 3- 4 - مناقشة الصدق التقاربي المرتبط بالمفهوم :

أظهر حساب قيم معاملات الارتباط بين قيم التأثيرات الواقعة على الطفل، وقيم التأثيرات الواقعة على العائلة للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة علاقة ارتباط قوية، وكانت القيم المطلقة لمعاملات الارتباط الموافقة قريبة من القيمة (0.8)، نستنتج أن كلاً من العلاقات الموافقة كانت قوية الشدة، قدم كل من الارتباط القوي بين قسمي التأثيرات الواقعة على الطفل والتأثيرات الواقعة على العائلة للمقياس أدلة على الصدق التقاربي المرتبط بالمفهوم الجيد لهذه النسخة من المقياس.

يجب أن تعكس المقاييس المتعلقة بمكونات نوعية الحياة قيم الأفراد، ولكن يُطلب أحياناً من بعض عامة الناس ملء استبيانات لاتتعلق بنودها بمجالات حياتهم اليومية، ولا تعكس قلقهم واهتماماتهم، ولكنها تعكس قيم الأطباء وعلماء الاجتماع، أو الخبراء في مجالات أخرى، أوأنها تُظهر في أكثر الأحوال مُعاناة ومتاعب تُعد أقل أهميةً للمجموعة المستهدفة تقريباً (Locker and Allen 2007).

4-1-2-3-5- مناقشة الصدق التوافقي (المرتبط بالمحك):

بينت نتائج حساب قيم معاملات الارتباط بين درجة الإجابة عن السؤال الشامل الأول و نقاط المقياس كاملة وجود علاقة ارتباط طردية، وكانت القيم المطلقة لمعامل الارتباط قريبة من القيمتين (0.5) و(0.6) حيث نستنتج أن العلاقة الموافقة كانت متوسطة الشدة.

كما أظهرت نتائج حساب قيم معاملات الارتباط بين درجة الإجابة عن السؤال الشامل الثاني ونقاط المقياس كاملة وجود علاقة ارتباط طردية، وكانت القيم المطلقة لمعامل الارتباط قريبة من القيمة (0.7) حيث نستنتج أن العلاقة الموافقة كانت قوية الشدة.

تُعد علاقات الارتباط ذات الدلالة الإحصائية بين المُشعرات الشخصية الشاملة والمرتبطة على نحو كبير بالوضع الفموي الصحي المُحدد من قبل سريرياً أدلة أخرى على الصدق التوافقي المرتبط بالمحك الجيد لهذه النسخة من المقياس (Gift *et al.*, 1995).

4-1-2-3-6- مناقشة الثبات:

تفحص قيم ألفاكرونباخ الثبات بالاتساق الداخلي، أي المدى الذي به تخاطب عدد من البنود المفهوم نفسه، وتُشير قيمة (0.7) أو أكثر إلى درجة ثبات جيدة (Cronbach 1951).

كانت قيم ألفا كرونباخ في هذه الدراسة مُلائمة وهي(0.85) و(0.82) و(0.90) لقسمي التأثيرات الواقعة على الطفل والتأثيرات الواقعة على العائلة وللمقياس كله على التوالي، وقد كانت أقل من قيم ألفاكرونباخ لكل من الاستبيان الإنجليزي الأصلي (0.91) و(0.95) لقسمي الطفل والعائلة على التوالي) (Pahel *et al.*, 2007)، وللنسخة التركية [(0.93) و(0.92) لقسمي الطفل والعائلة على التوالي] (Peker *et al.*, 2011)، وأعلى من قيم ألفا كرونباخ لكل من النسخة الفرنسية (0.79 لكلا قسمي الطفل والعائلة) (Li *et al.*, 2008)، والنسخة البرازيلية (0.80) و(0.76) لقسمي الطفل والعائلة (Scarpelli *et al.*, 2011)، بينما اقتربت من قيم كل من النسخة الصينية (0.87) و(0.85) لقسمي الطفل والعائلة على التوالي) (Lee *et al.*, 2009) والنسخة الفارسية (0.89) و(0.85) لقسمي الطفل والعائلة على التوالي) (Jabarifar *et al.*, 2010).

وفي الثبات بالاختبار وإعادة الاختبار كانت قيم مُعاملات الارتباط البيني داخل الفئوي (ICC) لكل المقياس(0.75)، وتراوح بين (0.86) لقسم الطفل و (0.81) لقسم العائلة، ما يُشير إلى قيم تطابق جيدة في النتائج (Good Reproducibility).

كان أقل من النسخة الإنجليزية الأصلية (0.84)، ومن كل من النسخة الفرنسية (0.95)، والنسخة الفارسية (0.82)، والنسخة التركية (0.86)، وأعلى من النسخة الصينية (0.64).

أكد تحليل الثبات بالاختبار وإعادة الاختبار الاستقرار الكافي للمقياس، وكانت فترة ثلاثة أسابيع المنقضية بين تطبيق الاختبار الأول والثاني مهمة لتقليل احتمال حدوث تغيرات جهازية في الحالة السريرية للمريض، يُوصى بأن تكون الفترة بين المقياسين في مدى زمني يكفي فقط لتقليل تأثيرات الذاكرة (Effects of Memory)، وأن تكون قصيرة، حيث تكفي فقط لإنقاص احتمال التغيرات الجهازية (Pahel *et al.*, 2007,Guyatt *et al.*, 1993).

يجب تذكر أن مقاييس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة، ومنها النسخة العربية السورية، تعتمد كلياً على مُلاحظات الآباء ومقدمي الرعاية ومقدار فهمهم لصحة أطفالهم ومرضهم، ويمكن أن يكون للآباء نظرتهم الخاصة إلى صحة أطفالهم والتي تختلف عن نظرة الآخرين، ويُصبح الأمر مهماً إذا كانت رعاية الطفل من أناس مختلفين مثل الجدة والعمة والخالة، وهذا أمرٌ شائعٌ في مجتمعاتنا الشرقية العربية، وذلك في فترات متفاوتة من حياة الطفل.

أخيراً لابد من التذكير بأن المُقارنات وطرح التساؤلات تُمثل جوهرعلم الوبائيات، وتبقى الإشارة إلى صعوبة مُقارنة نتائجنا بالدراسات العالمية الأخرى نتيجةً للاختلافات في طرق جمع العينة واختلاف الفئات العمرية المدروسة، إضافةً إلى تنوع المعايير التشخيصية والطرائق الإحصائية المستخدمة في كل دراسة ولكن مع ذلك حاولنا قدر المُستطاع المقارنة بدراسات متشابهة مع دراستنا أوتقترب منها.

وأخيراً نلفت الانتباه إلى بعض الثغرات والمحددات التي أحاطت بدراسة نوعية الحياة ومنها البيانات المستخدمة، والتي جرى الحصول عليها من عينة ملائمة صغيرة (أطفال الرياض في مدينة دمشق)، ولذلك فإن نتائجنا توفر أدلة على أداء هذه النسخة وسط هؤلاء الأطفال فقط، خاصةً أن معظم دراسات التحقق من الصدقية المنشورة عن نخور الطفولة المبكرة وتأثيراتها على نوعية حياة الأطفال وحياة عائلاتهم هي دراسات مقطعية عرضية اعتمدت عينات مُلائمة صغيرة.

إضافة إلى ذلك يُعد الفهم المتكامل والشامل لواقع مشكلة انتشار نخور الطفولة المبكرة بين الأطفال في ما قبل المدرسة في مدينة دمشق بالجمهورية العربية السورية ومعرفة أسبابها وحجمها وتأثيراتها السلبية في نوعية حياة كل من الأطفال وعائلاتهم، ومن ثم في المجتمع وفي أنظمة الرعاية الصحية العامة والفموية هو الغاية التي نرجوها من بحثنا هذا في تسليط الضوء في مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية، واضعين الأساس لتوفير التدابير الوقائية والعلاجية للسيطرة على انتشار على هذا المرض وغيره من الأمراض الفموية الأخرى وسط الفئات العمرية الصغيرة ومن ثم العمل على تحسين نوعية حياتهم وحياة عائلاتهم ما ينعكس إيجاباً على كليهما وعلى أنظمة الرعاية الصحية، وعلى المجتمع كاملاً.

الباب الخامس

5

الاستنتاجات

Conclusion

الاستنتاجات

Conclusions

حاولنا في هذه الدراسة تقويم انتشار نخور الطفولة المبكرة الحالية وشدتها ونماذجها عند الأطفال في ما قبل المدرسة في رياض مدينة دمشق وتأثيرها في نوعية حياة هؤلاء الأطفال وعوائلهم، وعلى ضوء النتائج المعروضة سابقاً وضمن الأحوال التي جرى فيها البحث توصلنا إلى الاستنتاجات التالية:

الجزء الأول من البحث (دراسة الانتشار- الوبائية):

- انتشار نخور الطفولة المبكرة بين الأطفال في ماقبل المدرسة في مدينة دمشق عالٍ جداً.
- معظم هذه النخور لم تجرِ مُعالجتها، ما يؤكد الحاجة العلاجية المُلحة والضرورية عند الأطفال في رياض مدينة دمشق.
- عدم كفاية التوعية الصحية الفموية في الرياض للأطفال ولأهلهم، خاصةً الأمهات، والأساتذة في ماقبل المدرسة، وأطباء الأسنان وأطباء أسنان الأطفال، وأطباء الأطفال، والأطباء العموميين، والعاملين في التمريض، والقابلات، وبقية العاملين في صحة المجتمع فيما يتعلق بالعادات الصحية الفموية السليمة مع الحاجة إلى مواصلة الجهود لتحسين الرعاية الصحية الفموية.
- نموذج النخر الأكثر انتشاراً عند أطفال الدراسة هو النموذج الذي شمل الأرحاء، ما يؤكد أن نخور الطفولة المبكرة ليست مقتصرة على نخور الرضاعة (القواطع الأربعة العلوية) وإنما هي مستمرة وزائدة بزيادة عمر الطفل أولاً، وزيادة استهلاك الكربوهيدرات ثانياً.
- ارتباط نخور الطفولة المبكرة بالمستوى الاقتصادي الاجتماعي للأطفال ضمن عينة البحث حيث أشارت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بينهما، ازدادت فيها قيم (dmft) و(dmfs) عند الأطفال من أبوين متعلمين تعليماً منخفضاً أو متوسطاً، مقارنةً بالأطفال من أسر ذات مستوى تعليمي مرتفع، وكذلك عند الأطفال من عائلات ذات مستوى اقتصادي منخفض ومتوسط، مقارنةً بالأطفال من أسر ذات مستوى اقتصادي مرتفع.

الجزء الثاني من البحث (دراسة خصائص القياس النفسي للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة):

- الوصول إلى النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة بعد إجراء القليل من التعديلات على بعض الأسئلة.
- أظهر اختبار خصائص القياس النفسي للنسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة صدقاً وثباتاً في تقويم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية للأطفال في ما قبل المدرسة، الذين تراوحت أعمارهم بين 3 إلى 5 سنوات للمجتمع المدروس (أطفال رياض مدينة دمشق).
- تُعد النسخة العربية السورية للمقياس أداةً مُلائمة للاستخدام في وصف نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية وتقويمها وسط الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 إلى 5 سنوات لآباء عرب سوريين، ويمكن أن يسمح هذا المقياس بمقارنة أوجه الشبه والاختلافات في التأثيرات الصحية الفموية وسط الأطفال الصغار في البلدان المختلفة.
- وفرت هذه الدراسة معلومات عن التأثيرات السلبية لنخور الطفولة المبكرة في نوعية حياة هؤلاء الأطفال وعوائلهم.

الباب السادس

6

التوصيات والمقترحات

Recommendations and Suggestions

6-1 – التوصيات Recommendation

جرى انجاز عدد من الدراسات الوبائية المتعلقة بالنخور، ولكن لم تجرِ الاستفادة منها بالقدر المطلوب في معرفة تأثيراتها السلبية في نوعية الحياة، وفي وضع خطط الرعاية الصحية الفموية وتعزيز صحة الفم والأسنان، ولذلك وأملاً منا بالاستفادة من هذا البحث على مستوى الأطفال في ما قبل المدرسة وعوائلهم، بل على مستوى المجتمع كله، فإننا نوصي بما يلي:

1- أصبحت نخور الطفولة المبكرة مشكلة صحية عامة وكبيرة، تستدعي الاهتمام وتسخير الموارد من المجتمع ومُضاعفة الجهود لزيادة وعي عامة الناس عن انتشارها وشدتها وتأثيراتها السلبية في الصحة العامة ونمو الأطفال وتطورهم.

2- نوصي بأخذ العلاقة العكسية بين نخور الطفولة المبكرة والمستوى الاقتصادي التعليمي للأهل في الحسبان عند وضع البرامج الوقائية والتعليمية المتعلقة بالصحة الفموية، وبنخور الطفولة المبكرة لأطفال هذه الفئة العمرية (3 إلى5 سنوات)، وذلك بزيادة الخدمات الصحية السنية، وسهولة الوصول إليها من الأطفال في ما قبل المدرسة، وبزيادة حملات التوعية الصحية الفموية والمعرفة عن تشخيص نخور الطفولة المبكرة والوقاية منها وسط الأمهات خاصةً الآباء والأمهات الجُدد (New or prospective parents)، والأساتذة في ماقبل المدرسة وأطباء الأسنان وأطباء أسنان الأطفال وأطباء الأطفال والأطباء العموميين والعاملين في التمريض والقابلات وبقية العاملين في صحة المجتمع.

3- نوصي أن تشمل التوعية الصحية للأمهات تدريبهن على الفحص الذاتي لأطفالهم ومعرفة العلامات المُبكرة لنخور الطفولة المبكرة، والتركيز على أهمية الأسنان المؤقتة في تعزيز الصحة الفموية لأطفالهن ومن ثم تحسين حياتهم، وتأكيد أهمية المحافظة عليها ومعالجتها في مراحلها المبكرة، وتوضيح الاختلاطات المترافقة معها حالياً ومستقبلاً،اضافةً إلى خضوع الأساتذة والعاملين في رياض الأطفال والآباء والأمهات ومقدمي الرعاية للأطفال لتوجيهات نظرية وشروح مدعومة بالوسائل البصرية عن أهمية العناية والصحة الفموية .

4- العمل على تغيير بعض المفاهيم الراسخة السيئة (Bad conviction) عند عـــدد مـــن الأمهات في عدم الاهتمام والعناية بالأسنان المؤقتة لأطفالهن، حيث سيجري استبدال الأسنان الدائمة بها.

5- نوصي بتنفيذ برامج الصحة الفموية المُلائمة، واعتماد برامج تعليمية ووقائية للأطفال من الاختصاصيين، والتي تعد أكثر الوسائل فعاليةً في الوقاية من النخور السنية في كل رياض الأطفال، وتأكيد أهمية الزيارات السنية الوقائية الدورية، حيث إن فحص الأسنان عند الأطفال بعمر 3- 5 سنوات يجب أن يُجرى مرة واحدة بالعـــام علـــى الأقل ضمن الروضة .

6 - نوصي باستخدام النسخة العربية السورية لمقياس تأثير الصـــحة الفمويـــة للطفولـــة المبكرة من الممارسين والباحثين وواضعي الخطط والبرامج في وصـــف تـــأثيرات الأمراض السنية وحجم المعاناة نتيجة مُعالجتها في الأطفـــال الصـــغار وعـــوائلهم، وللتخطيط لخدمات تعزيز رعاية الصحة الفموية على نحو فعال.

6–2 – مقترحات لأبحاث مستقبلية Suggestions for future researches

1 – إجراء المزيد من الدراسات الوبائية عن واقع نخور الطفولة المبكرة في المحافظات السورية الأخرى.

2 – مُراقبة التغيرات في انتشار الأمراض الفموية الأخرى وشدتها مثل الأمراض اللثوية والمُشكلات التقويمية والرضوض السنية عامة، ونخور الطفولة المبكرة خاصة وذلك لتقويم تأثيرها في نوعية حياة الأطفال وعوائلهم مع مرور الوقت.

3 – إجراء دراسات أخرى تطبق فيها النسخة العربية السورية للمقياس في مناطق أخرى من سورية، تتميز بوجود اختلافات ثقافية بينها.

4 – إجراء دراسات متابعة تستمر فترات زمنية طويلة على الأطفال المصابين بنخــور الطفولة المبكرة الشديدة بعد مُعالجتهم وإعادة تأهليهم، وتحديد التغير الحاصل علــى نوعية حياتهم وحياة عوائلهم، وتحديد مقدرة النسخة العربية السورية لمقياس تــأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة على تقويم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفمويــة للطفل قبل المعالجة وبعدها.

7

الْبَابُ السَّابِعُ

المــراجــع

References

7-1 – المراجع الأجنبية References

AAPD 2000. Early childhood caries: unique challenges and treatment options. *Pediatr Dent* 22**,** 21-.

AAPD. 2003. Policy on ECC Classification, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent* 25**,** 24-28.

AAPD. 2011. Policy on ECC: Classification, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent,* 33**,** 47-49.

ABANTO , J., CARVALHO , T., MENDES , F., et al. 2011. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 39**,** 105–114.

ACTON , G. 1994. Well-being as a concept for theory, practice and research. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing.*

ADULYANON , S. & SHEIHAM , A. 1997. Oral impacts of daily performance. *In:* SLADE GD, E. (ed.) *Measuring Oral Health and Quality of Life*. University of North Carolina.

AL–HOSSANI , E. & RUGG–GUNN , A. 1998. Combination of low parental education attainment and high parental income related to high caries experience in pre – school children in Abu Dhabi. *Community Dent Oral Epidemiol,* 26**,** 31-36.

AL SHAMRANY , M. 2006. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *Eastern Mediterranean Health Journal* 12**,** 894-901.

ALLEN, P. 2003. Assessment of oral health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes,* 1**,** 40–43.

ALLISON , P., LOCKER , D. & FEINE , J. 1997. Quality of life: a dynamic construct. *Social Science and Medicine* 45**,** 221-230.

AMAR , P. & SCHIFF , E. 2007. Acetominophen safety and hepatotoxicity: where do we go from here? *Expert Opin Drug Saf,* 6**,** 341-355.

ANDERSON , H., DRUMMOND , B. & THOMSON , W. 2004. Changes in aspects of children's oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. *Int J Paediatr Dent* 14**,** 317-25.

BEATON , D., BOMBARDIER , C., GUILLEMIN , F., et al. 2000. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine,* 25**,** 3186-3191.

BEGZATI , A., BERISHA , M. & MEQA , K. 2010. Early childhood caries in preschool children of Kosovo - a serious public health problem. *BMC Public Health,* 10**,** 788-796.

BEIRUTI , N. 1985. The prevalence of dental caries among 3-5 year old-children in Damascus. *Quint Int,* 8**,** 415-17.

BEIRUTI , N. & HUSSEIN , S. 1991. Activities Report 1991-1995. Damascus: WHO Demonstration, Traing and Research centre for Oral Health

BERZON , R., HAYS , R. & SHUMAKER , S. 1993. International use, application and performance of health-related quality-of-life instruments. *Quality of Life Research,* 2**,** 367-368.

BLUMENSHINE , S., VANN , W., GIZLICE , Z., et al. 2008. Children's school performance: impact of general and oral health. *J Public Health Dent,* 68**,** 82-87.

BOWLING , A. 1995. Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University Press.

BRAD , R., GORDAN , V., LITAKER , M., et al. 2010. Methods dentists use to diagnose primary caries lesions prior to restorative treatment: Findings from The Dental PBRN. *journal of dentistry,* 38**,** 1027-1032.

BRATTHALL , D. 2000. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. *Int Dent J,* 50**,** 378-84.

BRODER , H. 2007. Children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol,* 35**,** 5-7.

BROWN , A. & AL-KHAYAL , Z. 2006. Validity and reliability of the Arabic translation of the child oral-health-related quality of life questionnaire (CPQ11−14) in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 16**,** 405– 411.

BROWN , I., RENWICK , R., NAGLER , M., et al. 1996. The centrality of quality of life in health promotion and rehabilitation. *In:* RENWICK , R., BROWN , I. & NAGLER , M. (eds.) *Quality of life in health promotion and rehabilitation (3-13).* Thousand Oaks: CA: Sage.

BRUCE , A., DYE , O. & CLEMENCIA , M. 2010. Trends in paediatric dental caries by poverty status in the United States, 1988–1994 and 1999–2004. *Int J Paediatr Dent,* 20**,** 132–143.

BUREAU, H. P. 1993. Report on the survey of dental diseases (1993). *Jaban: Ministry of health and Welfare.*

BURT , B. 1997. How useful are cross – sectional data from surveys of dental caries? *Community Dent Oral Epidemiol* 25**,** 36-41.

CAMPBELL , A., CONVERSE , P. & ROGERS , W. 1976. *The quality of American life,* New York, Russell Sage Foundation.

CARVALHO , F., CARVALHO , C., BASTOS , R., et al. 2009. Dental caries experience in preschool children of Bauru, SP, Brazil. *Braz J Oral Sci,* 8**,** 97-100.

CASSAMASSIMO , P., THIKKURISSY , S., EDELSTEIN , B., et al. 2009. the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc,* 140**,** 97–657.

CHOSACK , A. 1986. A Dental caries severity index for primary teeth. *Community Dent oral Epidemiol* 14**,** 86-89.

CRONBACH , L. 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika,* 16**,** 297-334.

DANAE. 1993. Danae Illustrated Encyclopedic Dictionary. Barcelona, Spain: Ocean Publishing Group Inc.

DAVIS , P. 1976. Compliance structure and the delivery of health care: The case of dentistry. . *Social science & medicine* 10**,** 329–35.

DEAN , J. & HUGHES , C. 2004. Mechanical and Chemotherapeutic Home Oral Hygiene. *In:* MCDONALD , R. E., AVERY , D. R. & DEAN , J. A. (eds.) *Dentistry for the Child and Adolescent* 8th ed. St. Louis: The CV Mosby Company 238-256.

DECLERCK , D., LEROY , R., MARTENS , L., et al. 2008. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol,* 36**,** 168–178.

DINI , E., HOLT , R. & BEDI , R. 2000. Caries and its Association with infant feeding and oral health related behaviors in 3-4 year old Brazilian children. *Community Dent Epidemiol,* 28**,** 241-248.

DOUGLASS , J., WEI , Y., ZHNG , B., et al. 1995. Caries prevalence and patterns in 3- 6 year old. Beijing children. *Community Dent Oral Epidemiol,* 23**,** 340-343.

DOUGLASS , J., YI , W., XUE , Z., et al. 1994. Dental Caries in preschool Beijing and Connecticut children as described by anew caries analysis system. *Community Dent Oral Epidemiol* 22**,** 94-99.

DRURY , T., HOROWITZ , A., ISMAIL , A., et al. 1999. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. *J Public Health Dent,* 59**,** 192-197.

DU , M., BIAN , Z., GUO , L., et al. 2000. Caries patterns and their relationship to infant feeding and socio-economic status in 2-4 year old Chinese children. *International Dental Journal* 50**,** 385-389.

DU , M., ZENG , X., ALKHATIB , N., et al. 2007. Caries in preschool children and it's risk factor in 2 provinces in China. *Quintessence Int* 38**,** 143-151.

DUNNELL , K. & CARTWRIGHT , A. 1972. *Medicine takers, prescribes and hoarders,* London, Rutledge and Kegan.

EAO , A. & LOCKER , D. 2006. *Impact of oral health on quality of life,* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan ; 260-8.

EASTON , J., LANDGRAF , J., CASAMASSIMO , P., et al. 2008. Evaluation of a generic quality of life instrument for early childhood caries-related pain. *Community Dent Oral Epidemiol,* 36**,** 434-440.

EDELSTEIN , B., VARGAS , C., CANDELARIA , D., et al. 2006. Experience and policy implications of children presenting with dental emergencies to U.S. pediatric dentistry training programs. *Pediatr Dent,* 28**,** 431-437.

EISER , C., MOHAY , H. & MORSE , R. 2000. The measurement of quality of life in young children. *Child Care Health Dev,* 26**,** 401–14.

EISER , C. & MORSE , R. 2001. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *J Dev Behav Pediatr* 22**,** 248–56.

FATH EL RAHMAN , N. 2004. *Dental Caries Status of Preschool Children in Khartoum Province.* Master, University of Khartoum.

FDI 1982. Global goals for oral health in the year

2000. *Int Dent J,* 32**,** 74-77.

FERRANS , C. 1990. Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing,* 6**,** 248-254.

FILSTRUP , S., BRISKIE , D., DA FONSECA M LAWRENCE , L., et al. 2003. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent,* 25**,** 431–440.

FITZPATRICK , R., FLETCHER , A., GORE , D., et al. 1992. Quality of life measures in health care : Application and issues in assessment. *BMJ,* 305**,** 1074-1077.

FLEISS , J. & COHEN , J. 1973. The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educ Psychol Meas,* 33**,** 613–9.

GANZEBOOM , H., DEGRAAF , P., TREIMAN , D., et al. 1992. A Standard International Socio-Economic Index of Occupational Status. *Social science research,* 21**,** l-56.

GAO , X., MCGRATH , C. & C.LIN–H. 2011. Oral health status of rural–urban migrant children in South China. *Int J Paediatr Dent* 21**,** 58–67.

GAUR , S. & NAYAK , R. 2011. Underweight in low socioeconomic status preschool children with severe early childhood caries. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 29**,** 305-9.

GIFT , H., ATCHISON , K. & DAYTON , C. 1995. Oral health, health, and health-related quality of life. *Medical care,* 33**,** NS57–77.

GIFT , H., ATCHISON , K. & DAYTON , C. 1997. Conceptualizing oral health and oral health related quality of life. *Social science & medicine,* 44**,** 601–8.

GOMES , A. & ABEGG , C. 2007. The impact of oral health on daily performance of municipal waste disposal workers in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Public Health,* 23**,** 1707-14.

GOTAY & C.C. 1996. *Patient-reported assessments versus performance-based tests,* Philadelphia, Lippincott-Raven :413-420.

GROUP, O. H. S. 1994. An oral health strategy for England. London: Department of Health.

GUYATT , G., BOMBARDIER , C. & TUGWELL , P. 1986. Measuring disease specific quality of life in clinical trials. *Canad Med Assoc J,* 134**,** 889-895.

GUYATT , G., FEENY , D. & PATRICK , D. 1993. Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine,* 118**,** 622-629.

HAAS , B. 1999. Clarification and integration of similar quality-of-life concepts. *Journal of Nursing Scholarship,* 31**,** 215-220.

HALEEM , A., KHAN , A. & SIDDIQUI , M. 2009. A simplified dental examination for detection of cavitated carious lesions in school setting. *Community Dent Oral Epidemiol,* 37**,** 276–283.

HALLET , K. & O'ROURKET , P. 2004. Dental caries experience of preschool children from the north Brisbane region. *Australin Dental Journal,* 47**,** 331 – 338.

HALLETT , K. & O'ROURKE , P. 2006. Pattern and severity of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 34**,** 25–35.

HALLETT , K. & OROURKE , P. 2003. Social and behaviour determinants of early childhood caries. *Aust Dent J,* 48**,** 27–33.

HAUSEN , H. 2003. *Caries prediction,* Munksgaard , Denmark: 326- 340.

HEARY , C. & HENNESSY , E. 2002. The use of focus group interviews in pediatric health care research. *J Pediatr Psychol,* 27**,** 47-57.

HOLT , R. 2001. Advances in dental public health. *Prim Dent Care,* 8**,** 99–102.

HORNQUIST , J. 1982. The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine,* 10**,** 57-61.

ISMAIL , A. 1997. Clinical diagnosis of precavitated carious lesions. *Community Dent Oral Epidemiol,* 25**,** 13-23.

JABARIFAR , S., GOLKARI , A., IJADI , M., et al. 2010. Validation of a Farsi version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (F-ECOHIS). *BMC Oral Health,* 10.

JOKOVIC , A., LOCKER , D. & GUYATT , G. 2004. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Qual Life Res,* 13**,** 1297-307.

JOKOVIC , A., LOCKER , D. & GUYATT , G. 2006. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes,* 4.

JOKOVIC , A., LOCKER , D., STEPHENS , M., et al. 2002. Validity and reliability of a questionnaire to measure child oral health-related quality of life. *J Dent Res,* 81**,** 459-463.

JOKOVIC , A., LOCKER , D., STEPHENS , M., et al. 2003. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent* 63**,** 67–72.

KASTE , L. & GIFT , H. 1995. Inappropriate infant bottle feeding: Status of the Healthy People 2000 Objective. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine,* 149**,** 786-791.

KINGMAN , A. & SELWITZ , R. 1997. Proposed methods for improving the efficiency of the DMFS index in assessing initiation and progression of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol,* 25**,** 60-68.

KOPYCKA-KEDZIERAWSKI , D. & BILLINGS , R. 2011. Prevalence of dental caries and dental care utilization in preschool urban children enrolled in a comparative effectiveness Study. *Eur Arch Paediatr Dent,* 12**,** 133–138.

LAKIĆ , A. 2012. Quality of life in childhood and adolescence: from concept to practice. *Vojnosanit Pregl* 69**,** 257–259.

LANDIS , J. & KOCH , G. 1977. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics,* 33**,** 159–74.

LEE , G., MCGRATH , C., YIU , C., et al. 2009. Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Int J Paediatr Dent,* 19**,** 399-405.

LEIDY , N. 1994. Functional status and the forward progress of merry-go-rounds:

Toward a coherent analytical framework. *Nursing Research* 43**,** 196-202.

LEWIS , F. 1982. Experienced personal control and quality of life in late stage cancer patients. *Nursing Research,* 31**,** 113-119.

LI , S., MALKINSON , S. & ALLISON , P. 2008. Testing responsiveness to change for the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Community Dent Oral Epidemiol.,* 36**,** 542–548.

LOCKER , D. 1988. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health,* 5**,** 3–18.

LOCKER , D. 1997. *Concepts of oral health, disease and the quality of life,* Chapel Hill University of North Carolina, Dental Ecolog :11-24.

LOCKER , D. & ALLEN , F. 2007. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 35, 401-11.

LWANGA , S. & LEMESHOW , S. 1991. *Sample Determination in Health Studies: A Practical Manual, World Health Organization,* Geneva, p25.

LYDEARD , S. 1991. The questionnaire as a research tool. *Family Practice,* 8, 84-91.

MARSHMAN , Z. & ROBINSON , P. 2007. Child and Adolescent Oral Health-Related Quality of Life. *Seminars in Orthodontics,* 13, 88-95.

MARTHALER , T., MENGHINI , G. & STEINER , M. 2005. Use of the Significant Caries Index in quantifying changes in caries in Switzerland from 1964 to 2000. *Community Dent Oral Epidemiol,* 33, 159-66.

MATHUR , A., JAIN , M. & SHAH , P. 2011. dental caries experience among kindergarten school going children of India. *pediatric dental journal* 21, 1-5.

MAZHARI , F., TALEBI , M. & ZOGHI , M. 2007. Prevalence of Early Childhood Caries and its Risk Factors in 6-60 months old Children in Quchan. *Dent Res J,* 4, 96-101.

MCGRATH , C., BRODER , H. & WILSON GENDERSON , M. 2004. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol,* 32, 81-85.

MCGRAW , K. & WONG , S. 1996. Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychol Methods,* 1, 30-46.

MEEBERG , G. 1993. Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing,* 18, 32-38.

MINAYO , M., HARTZ , Z. & BUSS , P. 2000. Quality of life and health: a necessary debate. *Colet Cienc Health,* 5, 7-18.

MONTERO , C., LóPEZ , M. & CARLOS , C. 2011. Prevalence of early childhood caries and socioeconomical level. *Revista Odontológica Mexicana,* 15, 95-100.

NORDBLAD , A., SOUMINEN TAIPALE , L., RASILAINEN , J., et al. 2004. Oral Health Care at Health Centers from the 1970s to the year 2000. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES).

NORMAN , G. 2010. Likert scales, levels of measurement and the ''laws'' of statistics. *Springer Science+Business Media.*

PAHEL , B., ROZIER , R. & SLADE , G. 2007. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of Life Outcomes,* 5, 6-16.

PALMER , C. 2007. Maryland youth's death focuses attention on access to dental care. *ADA News.*

PANTELL , R. & LEWIS , C. 1987. Measuring the impact of medical care on children. *J Chronic Dis,* 40**,** 99S -115S.

PATRICK , D. & ERICKSON , P. 1993. *Health status and health policy. Quality of life in health care evaluation and resource allocation,* New York:, Oxford University Press.

PAUNIO , P., RAUTAVA , P., HELENIUS , H., et al. 1993. The Finnish family competence study : the relationship between caries, dental health habits and general health in 3-year old Finnish children. *Caries Res,* 27**,** 154-160.

PEKER , K., UYSAL , O. & BERMEK , G. 2011. Cross - cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale among 5-6-year-old children. *Health and Quality of Life Outcomes,* 9**,** 118-151.

PETERSEN , P. & KWAN , S. 2009. World Health Organization global oral health strategies for oral health promotion and disease prevention in the twenty-first century. *Prävention und Gesundheitsförderung,* 4**,** 100-104.

PITTS , N. B., O., F. & VONDER FHER , F. R. 2003. Caries epidemiology, With special emphasis on diagnostic standards. *Dental Caries: The Disease and its clinical Management* [Online].].

POSTAMA , T., OLALEKAN , A. & PHILIPPUS , J. 2008. Socio-demographic correlates of early childhood caries prevalence and severity in a developing country–South Africa. *International Dental Journal* 58**,** 91 -97.

PRUTKIN , J. & FEINSTEIN , A. 2002. Quality-of-life measurements: origin and pathogenesis. *Yale J Biol Med,* 75**,** 79–93.

PSOTER , W., PENDRYS , D., MORSE , D., et al. 2009. Caries Patterns in the Primary Dentition: Cluster Analysis of a Sample of 5,169 Arizona Children 5-59 Months of Age. *Int J Oral Sci* 1**,** 189–195.

PSOTER , W., ZHANG , H., PENDRYS , D., et al. 2003. Classification of dental caries patterns in the primary dentition: a multidimensional scaling analysis. *Community Dent Oral Epidemiol,* 31**,** 231-238.

REISINE , S. & DOUGLASS , J. 1998. Psychological and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol,* 26**,** 32-44.

RICHARD , D. 2008. *Evidence-based Dentistry:Managing Information for Better Practice,* London, Quintessence Publishing Co Ltd.

RIORDAIN , R. & MCCREARY , C. 2010. The use of quality of life measures in oral medicine: a review of the literature. *Oral Diseases,* 16**,** 419–430.

ROBINSON , P., GIBSON , B., KHAN , F., et al. 2003. Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community Dent Oral Epidemiol,* 31**,** 90-99.

ROSENBLATT , A. & ZARZAR , P. 2002. The prevalence of early childhood caries in 12- to 36-month-old children in Recife, Brazil. *ASDC J Dent Child,* 69**,** 319–324.

SARTORIUS , N. 1987. *Cross-cultural comparisons of data about quality of life: A sample of issues,* New York, Raven Press :19-24.

SATCHER , D. 2000. Surgeon General's report on oral health. *Public Health Rep,* 115**,** 489-90.

SCARPELLI , A., OLIVEIRA , B., TESCH , F., et al. 2011. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). *BMC Oral Health,* 11**,** 19-29.

SCHROTH , J., HARRISON , L. & MOFFATT , E. 2009. Oral health of indigenous children and the influence of Early Childhood Caries; childhood health and well-being. *Pediatric Clinicals of North America,* 56**,** 1481-1499.

SCHROTH , R., BROTHWELL , D. & MOFFATT , M. 2007. Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries (ECC). *Int Circum Health,* 66**,** 153-167.

SCHROTH , R., DAHL , P., HAQUE , M., et al. 2010. Early childhood caries among Hutterite preschool children in Manitoba, Canada. *Rural and Remote Health,* 10**,** 1535-1546.

SCHROTH , R. & MOFFATT , M. 2005. Determinants of early childhood caries (ECC) in a Rural Manitoba Community: a pilot study. *Pediatr Dent,* 27**,** 114–120.

SEIDL , E. & ZANNON , C. 2004. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cad Saúde Pública,* 20**,** 580-8.

SIMRATVIR , M., MOGHE , G., THOMAS , A., et al. 2009. Evaluation of caries experience in 3-6-year-old children, and dental attitudes amongst the caregivers in the Ludhiana city. *J Indian Soc Pedod Prev Dent,* 27**,** 164- 9.

SISCHO , L. & BRODER , H. 2011. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. *J Dent Res,* 90**,** 1264-1270.

SKEIE , M., ESPELID , I., RIORDAN , P., et al. 2008. Caries increment in children aged 3-5 years in relation to parents' dental attitudes: Oslo, Norway 2002 to 2004. *Community Dent Oral Epidemiol* 36**,** 441–50.

SKEVINGTON , S. 2002. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research,* 11**,** 135–144.

SLADE , G. 2002. *Oral health-related quality of life: Assessment of oral health-related quality of life.,* Illinois,, Quintessence Publishing Co. Inc.

SLADE , G. & SPENCER , A. 1994. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health,* 11**,** 3-11.

SLADE , G., STRAUSS , R., ATCHISON , K., et al. 1998. Conference summary: assessing oral health outcomes – measuring health status and quality of life. *Community Dent Health,* 15**,** 3-7.

SLEVIN , M., PLANT , H., LYNCH , D., et al. 1988. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer* 57**,** 109-112.

SQUIRES , R., SHNEIDER , B. & BUCUVALAS , J. 2006. Acute liver failure in children: the first 348 patients in the pediatric acute liver failure study group. *J Pediatr Psychol,* 148**,** 652-658.

TESTA , M. & SIMONSON , D. 1996. Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine,* 13**,** 835-840.

TICKLE , M., BLINKHORN , A. & MILSOM , K. 2008. The occurrence of dental pain and extractions over a 3-year period in a cohort of children aged 3- 6 years. *J Public Health Dent,* 68**,** 63-69.

TINANOFF , N. & REISINE , S. 2009. Update on Early Childhood Caries Since the Surgeon General's Report. *Academic Pediatrics Association,* 9**,** 396-403.

TSAI , A., CHEN , C., LI , L., et al. 2006. Risk indicators for early childhood caries in Taiwan. *Community Dent Oral Epidemiol,* 34**,** 437-445.

USDHHS 2000. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. National Institute of Health.

VARGAS , C., MACEK , M., GOODMAN , H., et al. 2005. Dental pain in Maryland school children. *J Public Health Dent,* 65**,** 3-6.

VINCENT , K. & HIGGINSON , I. 2003. Assessing quality of life in children. *In:* CARR , A., HIGGINSON , I. & ROBINSON , P. (eds.) *Quality of Life.* London: BMJ Books.

WANDERA , A., BHAKTA , S. & BARKER , T. 2000. Caries prediction and indicators using a pediatric risk assessment teaching tool. *ASDC J Dent Child,* 67**,** 408-412.

WARREN , J., LEVY , S., BROFFITT , B., et al. 2006. Longitudinal Study of Non-cavitated Carious Lesion Progression in the Primary Dentition. *Journal of Public Health Dentistry,* 66**,** 83-87.

WHO 1948. Official records of the World Health Organization. *Geneva, Interim Commission.*

WHO 1980. International classification of impairments, disabilities and handicaps. *Geneva: World Health Organisation*.

WHO 1997. *oral health survey: basic method,4thed,* Geneva World Health Orgnization.

WHOQOL GROUP 1995. The world health Organization Quality Of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Soc. Sci. Med,* 41**,** 1403 1409.

WIGEN , T. & WANG , N. 2010. Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol,* 38**,** 19–28.

WILKINS , E. 2010. *Clinical Practice of the Dental Hygienist 10th,* Philadelphia, USA, Lippincott Williams & Wilkins :342- 49.

WILSON , I. & CLEARY , P. 1995. Linking clinical variables with health-related quality-of-life. *Journal of the American Medical Association,* 273**,** 59-65.

WILSON , I. & KAPLAN , S. 1995. Clinical practice and patients' health status:How are the two related? *Medical Care,* 33**,** AS209-AS214.

WOGELIUS , P., GJøRUP , H. & HAUBEK , D. 2009. Development of Danish version of child oral-health-related quality of life questionnaires (CPQ8–10 and CPQ11–14). *BMC Oral Health,* 9: 11.

WYNE , A. 1999. Early childhood caries: nomenclature and case definition. *Dent Community Oral Epidemiol,* 27**,** 313–315.

WYNE , A. 2008. Caries Prevalence, Severity, and Pattern in Preschool Children. *J Contemp Dent Pract,* 9**,** 024-031.

7-2- المراجع العربية

أ. البيروتي، نبيل. طيفور، محمد ضياء. انتشار تسوس الأسنان الناجم عن الإرضاع لدى الأطفال الذين بلغوا 3- 5 سنوات من العمر في مدينة دمشق. المجلة الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية،المجلد السادس، العددان 2-3 ، 2000 م.

ب. العزة، سعيد حسني: سيكولوجية النمو في الطفولة. عمان، الأردن. الدار العالمية للنشر والتوزيع، 2002 م.

ت. العناني، حنان عبد الحميد وآخرون. سيكولوجية النمو وطفل ما قبل المدرسة. عمان، الأردن- دار صفاء للنشر والتوزيع- 2003 م.

ث. شاهين، رحاب. نخور الطفولة المبكرة وعلاقتها ببعض العوامل الجرثومية وغير الجرثومية والمناعية. (ماجستير)، دمشق، جامعة دمشق، 2007 م.

ج. علام ، صلاح الدين محمود . القياس والتقويم التربوي والنفسي أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة. الطبعة الأولى- القاهرة- دار الفكر العربي – 2000 م – صفحة 21-12.

الملخص

Summary

الملخص باللغة العربية
Arabic Abstract

انتشار نخور الطفولة المبكرة وتأثيرها على نوعية حياة الأطفال ما قبل المدرسة في رياض مدينة دمشق

المقدمـــة:

تُعد نخور الطفولة المبكرة أحد أشكال النخور الحادة المُخربة للبنية السنية للأطفال مماجعل منها مُشكلة صحية عامة وكبيرة ، وصُمم مقياس (ECOHIS) لتقويم التأثيرات السلبية للأضطرابات الفموية على نوعية حياة الأطفال ماقبل المدرسة.

أهداف البحث:

تحديد نسب انتشار نخور الطفولة المبكرة وشدتها ونماذجهـا، وترجمـة مقيـاس (ECOHIS) إلى اللغة العربية ومُلائمته لأطفال رياض مدينة دمشق.

المواد والطرائق:

دراسة مقطعية عرضانية شملت1201 طفلاً، تراوحت أعمارهم بين 3–5 سنوات. أختيرت العينة بطريقة عشوائية طبقية بسيطة،أجريت الفحوص الســريرية اعتمـاداًعلى معايير منظمة الصحة العالمية،جمعت المعلومات من استمارة الفحص السريري وباستبيان قام الوالدان بتعبئته. جرى الاعتماد على اختبار كاي مربع واختبار (Mann-Whitney-U) واختبار (Kruskal-Wallis) عند المستوى $P<0.05$ بهـدف المقارنـة بـين الـذكور والإناث، والمقارنة بين الفئات العمرية المدروسة وبين المستويات الاقتصادية الاجتماعية ودراسة تأثيرها على تكرارات انتشار نخور الطفولة المبكرة عموماً في عينة البحث. تـم الحصول على النسخة العربية السورية لمقياس (ECOHIS) باستخدام طريقة الترجمـة العكسية، وتم تقييم صدق المقياس من خلال صدق المفهوم والصدق التقاريي والتـوافقي والتمييزي بينما جرى تحديد الثبات بواسطة الاتساق الداخلي والاختبار وإعادة الاختبار.

النتائـــج:

بلغت نسبة الأطفال المصابين بالنخور لكامل العينة (85.5%) (n=1027) طفلاً مع dmft = 7.66 (4.94) و dmfs = 9.87 (7.79). كانت النسبة المئوية للأسـنان

المنخورة غير المُعالجة (%dt) = (%84.9) ، بلغ متوسط مشعر شدة النخر (1.42 ± 0.94) بينما بلغ مشعر النخر الجوهري 13.09 (2.26). أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية (p<0.05) بين مجموعات عمر الطفل المدروسة بما يتعلق بحدوث النخر من خلال متوسطات (dmft) و(dmfs) و(CSI).حيث كانت عند عمر ثلاثة سنوات 6.11 و7.01 و 1.12 على التوالي، وعند عمر أربعة سنوات 7.56 و9.37 و1.42 على التوالي، بينما بلغت عند عمر خمسة سنوات 8.56 و11.80 و1.58 على التوالي. بالاضافة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية (p<0.05) بين الأطفال من أسر ذات مستوى تعليمي ومستوى اقتصادي اجتماعي منخفض أو متوسط مُقارنةً مع الأطفال من أسر ذات مستوى تعليمي ومستوى اقتصادي اجتماعي مرتفع. أظهرت النتائج أن غالبية الأطفال لديهم نخور في الأرحاء فقط بنسبة (96.5 %) 991 =n. تم الحصول على النسخة العربية السورية لمقياس (ECOHIS) بقليل من التعديلات الثانوية على النسخة الأصلية. ارتبطت نقاط النسخة العربية السورية للمقياس جوهرياً بمشعر (dmft) (r=0.67; P<0.01) ومشعر(dmfs) (r=0.72; P<0.01) مما يُؤكد على صدق المفهوم التقاربي. كانت الاختلافات واضحة في نقاط النسخة العربية السورية بين مجموعة الأطفال المصابين بالنخور ومجموعة غير المصابين (p<0.05) مما يؤكد على مقدرتها في التمييز بين مجموعات المرضى.كانت قيم الثبات بالاتساق الداخلي وبالاختبار واعادة الاختبار لكامل المقياس 0.90 و0.75 على التوالي.

الاستنتاجات:

بلغ الانتشار نسباً عالية جداً مُعظمها غير مُعالجة ما يؤكد على الحاجة العلاجية وإلى زيادة الوعي عن نخور الطفولة المبكرة . بينت هذه الدراسة وجود علاقة عكسية بين نخور الطفولة المبكرة والمستويين التعليمي والاقتصادي للأهل حيث تزايدت قيم (dmft) و(dmfs) عند أطفال الأسر ذات المستويين التعليمي والاقتصادي المنخفض والمتوسط مُقارنةً مع أطفال الأسر ذات المستويين التعليمي والاقتصادي المرتفع. تُعد النسخة العربية السورية للمقياس أداةً مُناسبة للاستخدام وذات صدق وثبات في تقييم نوعية الحياة وسط أطفال رياض مدينة دمشق.

كلمات مفتاحية:

انتشار،أطفال ماقبل المدرسة، المستوى الاقتصادي الاجتماعي، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الفموية ، الصدق والثبات ، رياض الأطفال، نخور الطفولة المبكرة.

الملخص باللغة الإنجليزية

English Abstract

The Prevalence of Early Childhood Caries and its Impact on the Quality of Life of Preschool Children in Damascus Kindergartens

Introduction:

Early Childhood caries (ECC) is an acute, rapidly developing and destructive form of caries that destroys dental structures of children which makes ECC a serious public health problem. and (ECOHIS) intended to assess the negative impact of oral disorders on the quality of life of preschool children.

Aims:

Study aimed To determine (ECC) prevalence and severity and to translate the ECOHIS into Arabic for use to Children of Damascus kindergartens**.**

Materials and Methods:

study was conducted as a cross sectional study, a sample of 1201 children selected by Stratified Simple Random sampling aged 3–5 years and were examined according to World Health Organization (WHO) criteria. Information was gathered using clinical examination form and questionnaires completed by the children's parents. Chi square, Mann-Whitne, Kruskal-Wallis tests were used to perform statistical analysis with ($P< 0.05$).The Arabic Syrian version of the ECOHIS was obtained using a forward-backward translation method. Validity was evaluated through convergent and concurrent and discriminant validities. Reliability was determined through internal consistency and test-retest reliability.

Results:

The prevalence of ECC of the whole sample of 1201 children was 85.5 % (n = 1027), 84.9 % of children were untreated. The mean dmft was 7.66 ± 4.94 and the mean dmfs was 9.87 ± 7.79. The CSI was 1.42 ± 0.94 , The SiC Index was 13.09 ± 2.26. The results showed that there were significant differences ($p< 0.05$) between the ages in means of dmft, dmfs and CSI. The means of dmft, dmfs, CSI were 6.11, 7.01, 1.12 at 3 years of age respectively and 7.56, 9.37, 1.42 at 4 years of age respectively and 8.56, 11.80, 1.58 at 5 years of age respectively and between children from low or medium parental financial and educational levels comparing with those from higher parental socioeconomicand educational level were observed in means of dmft,dmfs.991 (96.5%) of the children had caries confined to posterior teeth, The Arabic Syrian version of the ECOHIS was

obtained with secondary modification to the original version. Arabic Syrian ECOHIS scores were correlated with children's caries experience (dmft) ($r=0.67$; $P<0.01$) supporting convergent validity.In addition, variations in ECOHIS scores were obvious with respect to caries and caries-free ($P<0.05$), encouraging the ability to differentiate between patients. internal consistency and test–retest reliability for total ECOHIS score were 0.90 , 0.75 respectively.

Conclusion:

ECC prevalence and severity are very high among Children in Damascus Kindergartens. and most of ECC were untreated, Results reveal a high rate of unmet treatment needs and an urgent need to increase awareness about ECC. Inverse a relationship was found between (ECC) and the socioeconomical family level, which in turn was related to the educational and economical levels of the parents.The ARABIC SYR- ECOHIS version was valid and reliable for assessing the OHRQoL of Children of in Damascus kindergartens.

Key words:

Prevalence, preschool children, Socioeconomic Level**,** Oral Health Related Quality of life (OHRQoL), validity and reliability, Kindergartens, Early Childhood Caries (ECC).

الملاحق

Appendix

APPENDIX I:

Department of Measurement and Evaluation
Faculty of Education
Damascus University

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية التربية
قسم القياس والتقويم

ص/٥١٩
٢٠١١ ٤/١٤

إلى عمادة كلية طب الأسنان

ع/ط رئاسة جامعة دمشق

اشارة الى كتابكم رقم 395/ص تاريخ 2011/2/23 والمتضمن الاطلاع على النص العربي من استبيان الملاحظات الأبوية عن الصحة الفموية للأطفال : "مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة " نفيدكم علماً بأنّ قسم القياس والتقويم النفسي والتربوي قام بالاطلاع والتحكيم والتقويم للمقياس وذلك بحضور الباحث الدكتور ماهر عبدالله المسجل لنيل درجة الماجستير في اختصاص (طب أسنان الأطفال) – في موضوع بحث بعنوان : (إنتشار نخور الطفولة المبكرة وتأثيرها على نوعية حياة الأطفال ما قبل المدرسة في رياض مدينة دمشق) والذي تم توجيهه للقيام بالتدقيق اللغوي للمقياس من قبل متخصص باللغة العربية أيضاً ، وقد قام الباحث بالتعديلات الضرورية على المقياس وفقاً لملاحظات المحكمين والمدقق اللغوي.

كما تم الاطلاع على المقياس بعد التعديلات التي أجراها الباحث والدراسة التمهيدية Pilot Study لمجموعة من أولياء أمور الأطفال، ووجد أنه قد أصبح مناسباً للتطبيق بغرض دراسة الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) للمقياس.مع خالص الشكر لجهودكم العلمية القيمة ،وتعاونكم مع ذوي التخصص في المجال، وتقبلوا خالص التقدير.

المدرسة الدكتورة
رنا قوشحة
رئيس قسم القياس والتقويم

الأستاذ الدكتور
محمد الشيخ حمود
عميد كلية التربية

ديوان جامعة دمشق المركزي
الوارد الداخلي
الرقم ٢٠٩٧

١٤ نيسان ٢٠١١

١٤ نيسان ٢٠١١

رئيس جامعة دمشق
الدكتور المهندس عباس صندوق
٤/١٤

APPENDIX II:

Syrian Arab Republic
Faculty of Education
Damascus University

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية التربية
قسم التربية الخاصة

إلى عمادة كلية طب الأسنان

ع/ط رئاسة جامعة دمشق

تحية طيبة وبعد:

اشارة الى كتابكم رقم 394/ص وتاريخ 2011/2/23 والمتضمن الاطلاع على النص العربي من استبيان (الملاحظات الأبوية عن الصحة الفموية للأطفال: مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة.) نبين بعض الملاحظات التي يرجى النظر إليها بتمعن من قبل الباحث الدكتور ماهرعبدالله المسجل لنيل درجة الماجستير في اختصاص (طب أسنان الأطفال) – في موضوع بحث بعنوان : (إنتشار نخور الطفولة المبكرة وتأثيرها على نوعية حياة الأطفال ما قبل المدرسة في رياض مدينة دمشق) لتعم الفائدة المرجوة منها:

1. هل كلمة عافية هي صحيحة ؟ لماذا لانعتمد على كلمة الصحة أو السلامة؟

2. بالنسبة لخيارات الإجابة لجميع الأسئلة يفضل أن تكون خماسية وبالتالي قد لانحتاج للخيار السادس والمعنون بـ لاأعرف (الأسئلة من 1 – 13) .

3. بالنسبة للسؤال 14 هناك 5 خيارات، وهنا يجب أن يكون الخيار الوسط أي الثالث يكون متساوياً للمتوسط تحديداً، وهنا قد يكون (مقبولة) هي الخيار الأوسط للخيارات التي يجب أن يكون هو الوسط وبالتالي قد نضطر إلى تغيير بدائل الإجابة إلى :

جيدة جداً	جيدة	مقبولة	سيئة	سيئة جداً
2+	1+	ـ	-1	-2

4. بالنسبة للسؤال 15 يفضل أن تكون الخيارات:

أبداً لم تؤثر	نادراً	قليلاً	كثيراً	كثيراً جداً

لكي تكون متقاربة مع خيارات الأسئلة (1-13)

5. وبالنسبة للملاحظات عن الأسئلة فهي كما يلي :

(الأسئلة من السؤال الأول حتى الثالث عشر)

1. لاتوجد ملاحظات.

أمين جامعة دمشق
الدكتور المهندس عباس صندوق
١٤/٤
١٤ نيسان ٢٠١١

2. هل واجه طفلك من قبل صعوبة في شرب المشروبات الساخنة أو الباردة ناجمة عن مشكلات أومعالجات سنية؟

3. نفس العبارة .... ناجمة عن مشكلات سنية؟

4. نفس العبارة .... ناجمة عن مشكلات سنية؟

والمقصود هنا حذف بعض الكلمات مثل (لديه،معالجات سنية)

5.هل تغيب طفلك من قبل عن الروضة أو المدرسة أو دور الرعاية لأسباب ناجمة عن مشكلات سنية؟

(لاداعي للشرح)

6. لاتوجد ملاحظات. 7. لاتوجد ملاحظات.

8.يفضل كتابة كلمة أثناء أو بوجود أطفال آخرين بدلاً من كلمة **عند** .

9.هل تجنب طفلك من قبل (التحدث أو التكلم) وليس الكلام مع الأطفال الآخرين.

10. لاتوجد ملاحظات. 11. لاتوجد ملاحظات. 12. لاتوجد ملاحظات. 13. لاتوجد ملاحظات.

14. لا داعي لكلمة طفلتك لأن المقصود بـ طفلك الذكر والأنثى؟

فيصير السؤال كالآتي :

عموماً كيف تقيمّ الحالة الصحية للفم والأسنان لطفلك؟

15. أيضاً لا داعي لكلمة طفلتك ، بالإضافة عافيته ؟

فيصير السؤال كالآتي :

إلى أي مدى أثرت الصحة الفموية لطفلك في صحته العامة ؟

وشكراً.........

مع تمنياتي لكم بالتوفيق...

أ.م.د. سهاد المللي
رئيس قسم التربية الخاصة

الأستاذ الدكتور
محمد الشيخ حمود
عميد كلية التربية

معاون عميد كلية التربية - جامعة دمشق
الوارد الداخلي
رقم ٢٠٩٨
تاريخ ١٤ نيسان ٢٠١١

APPENDIX III:

الجمهورية العربية السورية
وزارة التربية
المركز الاقليمي لتنمية الطفولة المبكرة

إلى عمادة كلية طب الأسنان

بناءً الكتاب المقدم من الباحث الدكتور/ **ماهر عبدالله/** والمتضمن اطلاع العاملين في المركز الإقليمي لتنمية الطفولة المبكرة على النص العربي من استبيان الملاحظات الأبوية عن الصحة الفموية للأطفال : "مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة " وتقويمه من قبل الإختصاصين بالمركز.
نفيدكم علماً بأن قسم البحوث والدراسات في المركز الإقليمي لتنمية الطفولة المبكرة قام بالاطلاع على المقياس ودراسته وإبداء عدد من الملاحظات ،حيث قام الباحث بتعديل البعض منها وإبداء وجهة نظره في البعض الآخر .

ونود أن نشيرإلى النقاط التالية:

١ـ وضوح الترجمة حيث تم استخدام تعابير بسيطة ومفهومة.
٢ـ استخدام مصطلحات عامة ولم يلاحظ استخدام مصطلحات طبية أوسنية.
٣ـ بمقارنة بسيطة للترجمة العربية مع أصل المقياس يوجد تقارب في دلالة المعاني.

وهو مناسباً للتطبيق بغرض دراسة خصائصه السيكومترية (الصدق والثبات) .

شاكرين تعاونكم

مديرة المركز الإقليمي لتنمية الطفولة المبكرة
كفاح الحداد

APPENDIX IV:

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية طب الأسنان
قسم طب أسنان الأطفال

استمارة

<u>الموافقة على إجراء الفحص</u>

<u>Consent Form</u>

إعداد الباحث الدكتور: ماهر عبدالله **إشراف الأستاذ الدكتور: محمد التيناوي**

<u>عزيزي المحترم ولي أمر الطفل:</u>

تهدف هذه الدراسة إلى:

تسليط الضوء على نخور الطفولة المبكرة وشدتها وتأثيرها على نوعية حياة الأطفال ما قبل المدرسة وعلى حياة عائلاتهم في سورية وخاصة في مدينة دمشق لمعرفة حجمها ومن ثم المساهمة في التخطيط العلمي المدروس ووضع البرامج الوقائية و إيجاد الحلول العلاجية الناجعة.

اسم الطفل.................................**العمر**............. **اسم الروضة:**........................

- سيتم فحص ومعاينة الأسنان **<u>فقط</u>** لتحري **نخور الطفولة المبكرة** .

التاريخ / / / **اسم ولي الأمر**________________________

توقيع ولي الأمر________________________

الباحث الدكتور ماهر عبد الله

قسم طب أسنان الأطفال/جامعة دمشق

APPENDIX V:

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية طب الأسنان
قسم طب أسنان الأطفال

دراسة تمهيدية

حول استيعاب بنود استبيان المُلاحظات الأبوية عن الصحة الفموية للأطفال:

مقياس تأثير الصحة الفموية للطفولة المبكرة النسخة العربية السورية

يُرجى قراءة الاستبيان المُرفق بتمعن و تعبئتة ثم التكرم بالاجابة عن الأسئلة التالية:

1. هل وجدت أي صعوبة في الإجابة عن أي بند من بنود الاستبيان؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة على السؤال أعلاه بــــــ نعم يُرجى الإجابة على السؤالين (2) و (3).

2 . ضع دائرة حول رقم البند الذي تجد فيه صعوبة:

1 2 3 4 5 6 7

8 9 10 11 12 13

3. أكتب الكلمة أو العبارة التي لم تفهم معناها مُقترحاً البديل.

– الكلمة أو العبارة غير المفهومة:..

المقترح البديل:________________________________

– الكلمة أو العبارة غير المفهومة:...___

المقترح البديل:________________________________

– الكلمة أو العبارة غيــر المفهومــة:____...

المقترح البديل:________________________________

APPENDIX VI:

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية طب الأسنان
قسم طب أسنان الأطفال

Pre-testing

For Interpreter and Answer

Arabic Syrian Version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ARABIC SYR - ECOHIS)

Could you Please complete the attached Early Childhood Oral Health Impact Scale (questionnaire) and answer the following questions:

1.Did you experience any difficulty to answer any of the questions of the Attached Early Childhood Oral Health Impact Scale?

☐ Yes ☐ No

If the answer is yes please answer question (2) and (3)

2.Circle the number of the items that you experience difficulty to understand.

1 2 3 4 5 6

7 8 9 10 11 12 13

3. Write down the word or the sentence that you could not understand and suggest a word or a sentence to replace them.

- the word or sentence: ………………………………….…………………

Suggested word or sentence: ……………….……………………………..

- the word or sentence: ………………….………………………………….

Suggested word or sentence: ………………………………………………